

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**
Relatório de Estágio

**Capacitação para o Autocuidado da Pessoa em
Quimioterapia na Consulta de Enfermagem**

Mafalda Santana Coutinho Corujo Lopes

**Lisboa
2020**

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**
Relatório de Estágio

**Capacitação para o Autocuidado da Pessoa em
Quimioterapia na Consulta de Enfermagem**

Mafalda Santana Coutinho Corujo Lopes



Orientador: Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá



**Lisboa
2020**

AGRADECIMENTOS

Expresso o meu agradecimento à Professora Eunice Sá por todo o apoio, disponibilidade e competência que acompanhou este projeto.

Agradeço igualmente à Enfermeira Especialista Cristina Santos, Enfermeira Chefe Sandra Ponte e Enfermeira Chefe Anabela Lobo por toda a orientação, partilha e incentivo para desenvolver o trabalho aqui exposto.

Manifesto também a minha gratidão a todos aqueles que cuido no meu dia-a-dia profissional, a todos os enfermeiros que conheci neste percurso e aos profissionais com quem exerço esta profissão lado a lado.

Ao Pedro.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CE - Consulta de Enfermagem

CES - Consulta de Enfermagem Subsequente

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral da Saúde

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EONS- *European Oncology Nursing Society* (Conselho Europeu de Enfermagem Oncológica)

EV - Endovenosa

HD - Hospital de Dia

ICN - *International Council of Nurses* (Conselho Internacional de Enfermeiros)

ISO - *International Organization of Standardisation* (Organização Internacional de Normalização)

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONS - *Oncology Nursing Society* (Sociedade de Enfermagem Oncológica)

PROs- *Patient-Reported Outcomes* (Resultados reportados pelo Paciente)

QT- Quimioterapia

RMDE - Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

TAO-Terapêutica Antineoplásica Oral

RESUMO

O presente relatório inclui-se no âmbito da implementação de um projeto de intervenção, inserido na metodologia e organização do 10º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), e pretende documentar o percurso realizado, assim como, as competências desenvolvidas de Enfermeiro Especialista e de Mestre. Para tal, descrevo a realização dos estágios e analiso os contributos onde adquiri competências de enfermagem avançada, que me permitiram implementar este projeto.

Este projeto de melhoria dos cuidados baseia-se no reconhecimento da necessidade de criar sistemas de saúde cuja qualidade seja avaliada, registada e analisada de forma sistemática, nomeadamente, existindo a necessidade de obter evidência que relacione de forma direta as intervenções de enfermagem implementadas na Consulta de Enfermagem e os resultados obtidos pelas pessoas sob quimioterapia, em termos de ganhos em conhecimentos, ganhos em saúde e em capacitação para o autocuidado.

Neste sentido, fundamentei a minha prática clínica na mais recente evidência científica, desenvolvendo uma revisão *Scoping* que respondeu à questão: Quais as intervenções de enfermagem, na Consulta de Enfermagem, para a Capacitação da Pessoa submetida a Quimioterapia em Ambulatório. Os achados desta revisão foram fundamentais para compreender a importância de implementar programas de acompanhamento e de avaliação sistemática das pessoas/famílias ao longo do seu percurso de doença, estratégias que me permitiram obter indicadores de resultado da prática clínica. A teoria do Autocuidado de Dorothea Orem sustentou o presente projeto como filosofia de cuidados e conceção da prática.

Como resultados da execução deste projeto surge a implementação de uma Consulta de Enfermagem Subsequente, criação de um instrumento de avaliação, recolha e análise dos dados necessários para a obtenção de indicadores de resultado das intervenções de enfermagem implementadas nas Consultas de Enfermagem à pessoa e família proposto para QT.

Palavras-Chave: Autocuidado; Capacitação; Consulta de Enfermagem; Doente Oncológico; Quimioterapia, Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

ABSTRAT

This report is included in the scope of the implementation of an intervention project, inserted in the methodology and organization of the 10th Master's course in Medical-Surgical Nursing, Oncologic field, of the School of Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (Higher Nursing School of Lisbon). Intends to document the caminho carried out, as well as the competencies developed as Specialist Nurse and Master. To this end, I describe the performance of the internships and analyze the contributions where I acquired advanced nursing skills, which allowed me to implement this project.

This Intervention Project is based on the recognition of the need to create health systems whose quality is evaluated, registered and analyzed systematically, and on the need to obtain evidence that directly relates the nursing interventions implemented in the Nursing Consultation and the results obtained by patients chemotherapy, in terms of gains in knowledge, gains in health and self-care.

In this sense, I founded under my clinical practice on the latest scientific evidence, developing a *Scoping Review* that answered the question: What are the nursing interventions, in the Nursing Consultation, to empower the Person submitted to Chemotherapy in an Outpatient Day Unit. The findings of this review were fundamental to understand the importance of implementing follow-up programs and systematic evaluation of patients/families along their disease caminho, strategies that allowed me to obtain nurse sensitive outcomes and indicators of clinical practice. Dorothea Orem's theory of self-care supported this project as a philosophy of care and design of practice.

As results of the execution of this project arises the implementation of a Subsequent Nursing Consultation, creation of an instrument for evaluation, collection and analysis of the data necessary to obtain nursing outcomes of the nursing interventions implemented in the Nursing Consultations to the patient and family proposed for chemotherapy.

Keywords: Self-care; Empowerment; Nursing Consultation; Cancer Patient; Chemotherapy, Quality of Nursing Care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	7
1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1 O cuidado centrado na Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem	13
1.2 Capacitação para o Autocuidado da Pessoa/Família proposta para quimioterapia: Consulta de Enfermagem.....	15
2 EXECUÇÃO DAS ACTIVIDADES PREVISTAS	17
2.1 Diagnóstico de Situação	17
2.2 Planeamento	18
2.3 Atividades realizadas	23
3 AVALIAÇÃO	42
3.1 Competências comuns do Enfermeiro Especialista	42
3.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em pessoa em situação crónica e paliativa	46
3.3 Competências específicas do Cancer Nursing Education Framework da European Oncology Nursing Society e Competências de Mestre	48
3.4 Pontos fortes e pontos fracos.....	49
3.5 Contributos da implementação do projeto na melhoria da qualidade dos cuidados prestados	50
3.6 Considerações Éticas do projeto.....	52
4 CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

APÊNDICES

APÊNDICE I- Cronograma do Projeto

APÊNDICE II- Calendarização das atividades

APÊNDICE III - Levantamento das necessidades de educação das pessoas e famílias do Hospital de Dia A

APÊNDICE IV- Revisão *Scoping* da Literatura

APÊNDICE V- Tabela com artigos e estratégias encontradas da Revisão *Scoping*

APÊNDICE VI- Número de Consultas Observadas em estágio no Hospital de dia A e Intervenções de Enfermagem Observadas

APÊNDICE VII- Guia de observação das CE do Hospital de dia A

APÊNDICE VIII- Apresentação da experiência profissional em Inglaterra à equipa do Hospital de Dia A

APÊNDICE IX- Reflexão escrita sobre a intervenção do enfermeiro especialista na promoção da capacitação da pessoa e família proposta para QT

APÊNDICE X- Número de Consultas Observadas em estágio no Hospital de Dia B

APÊNDICE XI – Guia de Observação das CE do Hospital de Dia B

APÊNDICE XII- Tabela com intervenções observadas na CE do Hospital de Dia B

APÊNDICE XIII- Questionário Oral utilizado para obter notas de campo no estágio do Hospital de Dia B

APÊNDICE XIV- Resultados dos Questionários Oraís e notas de campo obtidas no contexto de estágio B

APÊNDICE XV- Resumo do Poster apresentado nas 1as Jornadas de Enfermagem Avançada da ESEL

APÊNDICE XVI- Poster apresentado nas 1as Jornadas de Enfermagem Avançada da ESEL

APÊNDICE XVII – Estudo Caso realizado no contexto de estágio B

APÊNDICE XVIII - Guia de Boas Práticas para a CES

APÊNDICE XIX- Fórmulas dos Indicadores de Resultado para a CE do Hospital de Dia C

APÊNDICE XX- *Checklist* da CES

APÊNDICE XXI- Efeitos Adversos mais frequentes de terapêutica antineoplásica – Definição e Intervenções segundo a Evidência (*Putting Evidence in Practice* – PEP)

APÊNDICE XXII- Guia de Boas Práticas para a utilização da *Checklist* e Fórmulas dos Indicadores de Resultado para a CE do Hospital de Dia C

APÊNDICE XXIII- CES realizadas no estágio C – *Checklist* utilizadas

APÊNDICE XXIV- Apresentação da Sessão de Formação realizada à equipa de enfermagem do Hospital de Dia C

APÊNDICE XXV- Análise SWOT

ANEXOS

ANEXO I- *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE)

ANEXO II- *Oncology/Haematology 24 Hour Triage Rapid Assessment & Access Toolkit* da *Oncology Nursing Society* (ONS)

INTRODUÇÃO

O presente relatório intitulado “Capacitação para o Autocuidado da pessoa submetida a quimioterapia na Consulta de Enfermagem” foi elaborada no âmbito da implementação de um projeto de intervenção, inserido na metodologia e organização do 10º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Deste modo, a sua finalidade é relatar de forma crítica o percurso que desenvolvi no planeamento e execução de um Projeto de Intervenção centrado na identificação e resolução de uma problemática do meu contexto profissional.

Face a esta problemática, com base no modelo de desenvolvimento de competências de Benner (2001) e dada a minha prática profissional já em contexto de cuidados à pessoa com doença oncológica, submetida a quimioterapia, considero-me no patamar de enfermeiro competente, pela capacidade que detenho em intervir nos cuidados à pessoa com cancro e sua família, desde a fase de diagnóstico até à implementação do tratamento mais indicado, valorizando a importância da eficácia dos ensinamentos para a saúde e para a prevenção da doença no âmbito dos tratamentos antineoplásicos.

Este projeto serviu neste sentido para desenvolver competências que me colocam no patamar de enfermeiro perito (Benner, 2001) e para a obtenção de práticas de enfermagem avançada, nomeadamente, competências clínicas acrescidas de prestação de cuidados ao doente oncológico submetido a quimioterapia e competências de investigação, como diagnóstico de situação, pesquisa e utilização de evidência científica, análise e divulgação de dados à equipa multidisciplinar.

Assim e, devido aos fatores já supramencionados, defini como importante a criação de uma estratégia de intervenção sistemática de seguimento das pessoas e famílias propostas para tratamentos de quimioterapia. Esta intervenção sustenta-se, de forma complementar, nos objetivos curriculares da ESEL, nas recomendações da *European Oncology Nursing Society* (EONS, 2018), nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de Bolonha (Diário da República, 1.ª série — N.º 121 — 25 de Junho de 2008) e nas competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em situação Crónica e Paliativa. Tem como objetivos gerais desenvolver competências de mestre e de especialista na área da

Enfermagem Médico-Cirúrgica e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica submetida a quimioterapia.

Deste modo, este projeto de intervenção partiu da dificuldade em colher, analisar e obter indicadores de resultado da prática de enfermagem do Hospital de Dia C, especificamente tendo como fenómeno de interesse pessoal e profissional a Consulta de Enfermagem (CE) já implementada neste serviço.

A CE do Hospital de Dia C tem como objetivos principais acolher a pessoa com doença oncológica, que inicia tratamentos, e pessoas significativas em ambiente de Hospital de Dia; promover a adaptação da pessoa com doença oncológica e pessoas significativas à nova situação de doença; promover o autocuidado e adesão terapêutica; informar a pessoa com doença oncológica e pessoas significativas acerca dos possíveis efeitos secundários do tratamento e respetivos cuidados necessários e estabelecer um plano de cuidados em conjunto com a pessoa e sua família (Oliveira, *et al.*, 2019).

Destina-se a todas as pessoas portadoras de doença oncológica que iniciem novos tratamentos (em situações de primeira vez, mudança de esquema ou reinícios de tratamentos) em Hospital de Dia (HD) e realiza-se no dia em que a pessoa inicia o seu tratamento.

A CE é realizada em sala própria, preservando o momento de privacidade entre o enfermeiro e a pessoa com doença oncológica/família. Na indisponibilidade de realizar a consulta em sala própria, esta poder-se-á realizar em cadeirão, na sala de tratamentos, salvaguardando a privacidade da pessoa.

Na CE são abordados os efeitos secundários mais frequentes dos tratamentos de QT nomeadamente, Náuseas e Vômitos, Fadiga, Diarreia e Obstipação, Febre/Calafrios, Alteração Cutânea (cabelo, pele e mucosas), Alteração da Sensibilidade (neuropatia periférica) e Alteração da Sexualidade. Ainda nesta consulta, o enfermeiro negoceia com a pessoa e sua família a realização de um contacto telefónico de *Follow-up* até 72 horas após o primeiro tratamento. A CE dura normalmente entre 45 minutos a uma hora.

Com o objetivo de aferir a pertinência e adequação do presente projeto com a restante equipa, foi efetuada uma sondagem de opinião oral, que me permitiu perceber que alguns enfermeiros discordam do momento e do local físico em que a CE é realizada e dos aspetos a abordar. Contudo, manifestaram que é filosofia da

unidade considerar a CE como uma estratégia que permite a satisfação biopsicossocial das pessoas/famílias e reduz complicações associadas aos tratamentos.

A colheita de dados é realizada no sistema informático da instituição a partir do preenchimento de uma “Apreciação Inicial” padrão, definida para todos os serviços do Hospital C, onde é incluída informação dita obrigatória como o contacto da pessoa significativa, alergias medicamentosas e alimentares, situação familiar, social e económica da pessoa/família. O enfermeiro que realiza a CE efetua em notas de enfermagem, em “texto livre”, no episódio de “Consulta de Enfermagem”, todos os registos que considere pertinentes e que não estejam contemplados na “Apreciação Inicial”.

Os registos de enfermagem realizados segundo esta metodologia dificultam a recolha e análise das intervenções de enfermagem realizadas na CE e torna-se um entrave à identificação de lacunas da prática e inerente melhoria dos cuidados prestados, ação prioritária segundo a OE (2010), que alerta para a necessidade de criar sistemas de saúde cuja qualidade seja avaliada, registada e analisada de forma sistemática (OE, 2010).

Relativamente aos cuidados de enfermagem, Oliveira (2012, p.159) refere que as expectativas de qualidade dos cuidados variam de utente para utente, nomeadamente do mapa socioeducativo e cultural, da personalidade e educação da pessoa, do seu estado de saúde, entre outros, o que dificulta a avaliação concreta da qualidade dos cuidados que recebeu. Devido a estes fatores, a mesma autora expõe que a qualidade dos cuidados em saúde acarreta uma noção vaga e subjetiva levando a que medir qualidade seja uma tarefa árdua.

Por outro lado, o enfermeiro está, segundo Oliveira (2008, p.37) continuamente a ser observado e daí a sua enorme exposição ao julgamento dos utentes. Este argumento é apontado como um dos fatores que dificulta a tarefa de avaliação dos cuidados pois, as práticas de enfermagem, devido à sua componente prática e constante, demonstram pouca profundidade científica, impercetível para população em geral, o que se traduz em resultados difíceis de quantificar (Oliveira, 2008; Griffiths *et al.*, 2009)

No geral, embora existam indicadores de resultado já identificados e medidos em enfermagem, como por exemplo, o número de situações de extravasamento com

quimioterapia no Hospital de Dia C, a evidência para comprovar um vínculo direto entre os cuidados de enfermagem da CE e os resultados obtidos pelos doentes é relativamente fraca, fato sustentado por Doran (2011, p.12) e por Griffiths *et al.* (2011, p.5) e observado na prática clínica do Hospital de dia C.

Nesta problemática, surge a introdução dos sistemas de informação informatizados, no processo de conceção de cuidados de enfermagem, utilizando uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Esta classificação constitui parte de um sistema de informação que sistematiza os dados retirados da prática e reflete as necessidades das pessoas em cuidados de enfermagem e possibilita encontrar os resultados que lhes são sensíveis (OE, 2008, p. 8).

Neste âmbito, Ramos, Fonseca, Coelho, Guia & Santos (2015, p.12), esclarecem que os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem definem-se como todos os resultados, baseados numa intervenção de enfermagem claramente documentada, para as quais existe evidência que relacione o contributo do profissional e o resultado da intervenção final na pessoa/família.

Neste contexto o modelo integrativo dos resultados de qualidade em saúde de Mitchell (2001), abordado por Doran (2011, p.11), propõe cinco resultados de qualidade para os cuidados em enfermagem: obtenção de autocuidado apropriado, demonstração de comportamentos de procura de saúde, qualidade de vida, a perceção da pessoa/família que está a ser bem cuidada e, finalmente, gestão e controlo de sintomas de forma eficaz.

Doran (2011, p.80) clarifica ainda que existe uma relação entre as intervenções de enfermagem e os resultados de saúde funcional dos pacientes. Resultados que a mesma autora justifica com o desenvolvimento de práticas avançadas por parte dos enfermeiros. Ainda, a mesma autora estabelece que, após diversas revisões sistemáticas da literatura, foi estabelecida a ligação entre a atuação dos enfermeiros e os resultados do estado funcional das pessoas, sendo o autocuidado identificado como um resultado sensível à atuação da enfermagem.

Neste contexto e, segundo os autores supramencionados, avaliar o estado funcional dos doentes, em termos de Atividades de Vida Diária (AVD) e de Capacidade para o Autocuidado, são indicadores de resultado sensíveis em enfermagem, nomeadamente, ao demonstrar as diferenças de funcionalidade depois das intervenções de enfermagem implementadas (Doran, 2011, p.82).

Deste modo, o Autocuidado foi identificado como a peça essencial para a promoção da saúde e para a gestão eficaz das diversas patologias agudas e crónicas, nomeadamente, as doenças oncológicas (Doran, 2011).

É, portanto, neste enquadramento que surge o presente projeto de intervenção tendo como finalidade a obtenção de indicadores de resultado das práticas de enfermagem, em contexto de ambulatório, funcionando como alavanca para a melhoria contínua dos cuidados de saúde e, especificamente, para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa/família proposta/submetida a quimioterapia, em contexto de Consulta de Enfermagem.

De forma a atingir este objetivo, realizei estágios clínicos em três locais diferentes, no contexto de cuidados à pessoa com cancro em ambulatório, que posteriormente, mencionarei.

Para a elaboração deste relatório, defini os seguintes objetivos: descrever e analisar o planeamento e execução deste Projeto de Intervenção; enunciar de forma reflexiva o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica ao longo da sua concretização e finalmente, analisar os contributos do presente Projeto para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

O relatório está organizado em quatro capítulos. Iniciarei o primeiro capítulo com um enquadramento conceptual que serviu como base para a intervenção clínica aqui analisada, assim como, os contributos conceptuais da Teoria do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem. Seguidamente, no mesmo capítulo irei abordar a metodologia de projeto utilizada, abordado o diagnóstico de situação, os objetivos e o planeamento do mesmo. No segundo capítulo irei analisar de forma crítica as atividades realizadas e os resultados obtidos. O terceiro capítulo incidirá sobre a avaliação dos resultados deste projeto e as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de especialização de Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, que desenvolvi, referindo os pontos fortes e os pontos fracos desta implementação de melhoria dos cuidados de enfermagem. O quarto e último capítulo será a elaboração da conclusão do trabalho desenvolvido e as perspetivas futuras deste Projeto de Intervenção.

Este relatório foi elaborado segundo o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL (Godinho, 2014) e redigido de acordo com o Novo Acordo

Ortográfico da Língua portuguesa. Como modelo de referências bibliográficas e de citações foi utilizada a normal da Associação Americana de Psicologia (APA).

1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1 O cuidado centrado na Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem

No âmbito do Autocuidado, *Dorothea Orem* desenvolveu a Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem (TDACE), englobando 3 teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias, a Teoria do Défice de Autocuidado que descreve e explica por que razão as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem, e por último, desenvolveu a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, onde é descrito e explicado as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza uma relação em enfermagem.

É descrito igualmente por Taylor (2004, p.220), que a TDACE tem sido usada de forma regular no cuidado em Oncologia, nomeadamente, para a prevenção do cancro ou para a preservação do autocuidado após este tipo de diagnóstico. Neste sentido, a teoria de Orem é utilizada também como forma de documentar a importância do papel de enfermeiro especialista.

Segundo esta teórica, todos os seres humanos têm, para além da motivação essencial, potencial para o desenvolvimento de habilidades intelectuais e práticas para o autocuidado e baseia-se na premissa que os seres humanos vivenciam limitações na capacidade de cuidar de si próprios, havendo a necessidade de executar intervenções para a manutenção da vida e da regulação das várias funções básicas. Do mesmo modo, Orem (2001) aborda o conceito de autocuidado, dizendo que engloba acções com foco na prevenção, alívio, cura ou controlo de condições que afetam, ou podem vir a afetar a vida, o bem-estar e a saúde.

Nesta perspetiva, surge Défice de Autocuidado, quando as necessidades terapêuticas são superiores à capacidade de a pessoa se autocuidar. Assim, perante a avaliação deste défice, o enfermeiro adequa a sua intervenção, no sentido de minimizar os seus efeitos (Taylor, 2004, p.216).

Orem define igualmente a existência de três tipos de requisitos para o autocuidado: os universais (RU) – que estão presentes em todos os seres humanos independentemente da idade e influenciam diretamente a sua estrutura, as suas funções e fases de vida, interrelacionando-se entre si (correspondem às atividades de

vida diária: a manutenção de uma ingestão suficiente de água, ar e nutrientes; os cuidados associados aos processos de eliminação; o equilíbrio entre atividade e repouso; o equilíbrio entre solidão e interação social; a prevenção de riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar e o desejo de normalidade), os do autocuidado de desenvolvimento – formação e desenvolvimento de condições que promovam os processos de desenvolvimento em cada período do ciclo vital – e os requisitos referentes ao desvio de saúde, que correspondem às alterações decorrentes de problemas de saúde que podem gerar dificuldades na manutenção adequada do autocuidado (Orem, 2001).

Nesta teoria, é definido como estratégias e regras da prática de enfermagem o contacto inicial com a pessoa que necessita do cuidado, a continuidade do contacto para o desenvolvimento das ações de enfermagem e a preparação da pessoa para o desenvolvimento de ações de autocuidado independentes da supervisão de enfermagem.

Assim, os cuidados de enfermagem constituem uma sequência de ações compensatórias, das limitações associadas à saúde da pessoa, para empreender ações reguladoras do seu próprio funcionamento e desenvolvimento.

Segundo Taylor (2004, p.213), Orem identificou dois grupos de ciências de enfermagem especulativas: ciências da prática de enfermagem e ciências fundamentais. No primeiro grupo inclui as ciências da enfermagem totalmente compensatória, da enfermagem parcialmente compensatória e da enfermagem apoio-educação. O apoio e educação estão relacionados com o facto de a pessoa que se encontra sob orientação e assistência de enfermagem é capaz de aprender e desempenhar as ações de autocuidado terapêutico. O último grupo abrange ainda as ciências do autocuidado, a actividade de autocuidado e a ajuda humana.

Neste âmbito a autora identifica cinco áreas de actividade para a prática de enfermagem, nomeadamente, agir ou fazer para o outro, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e por último, ensinar (Petronilho, 2012, p.6). Este processo obedece à determinação dos requisitos de autocuidado; à determinação de competências para o autocuidado; à determinação da necessidade terapêutica; à mobilização de competências do enfermeiro e ao planeamento da assistência nos sistemas de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

1.2 Capacitação para o Autocuidado da Pessoa/Família proposta para quimioterapia: Consulta de Enfermagem

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008), o cancro é a segunda principal causa de morte em todo o mundo e é responsável por cerca de 9,6 milhões de mortes em 2018 (OMS, 2018). Em Portugal, a realidade é similar como é possível constatar no Plano Nacional para as Doenças Oncológicas de 2017 (DGS, 2017). Este relatório declara que, à semelhança do resto da Europa, há um aumento regular da incidência de cancro no nosso país, com uma taxa constante de aproximadamente 3% ao ano. Este aumento é justificado com o envelhecimento da população e as modificações de estilos de vida, o aumento da taxa de sucesso no tratamento do cancro em si e de outras patologias.

Neste âmbito, a doença oncológica é considerada como uma doença crónica, havendo uma necessidade gradual de mudança dos paradigmas de cuidados de saúde, nomeadamente, em enfermagem.

Em Portugal, à semelhança de outros países da Europa, o tratamento das doenças oncológicas utilizando quimioterapia, imunoterapia e radioterapia, é realizada maioritariamente em contexto de cuidados em ambatório (HD), sendo a percentagem deste tratamento em internamento, diminuta. Assiste-se assim, à prestação de cuidados de saúde ao doente oncológico, maioritariamente, em contexto de ambatório (Coolbrandt *et al.*, 2018).

Segundo Chu & DeVita (2007), a quimioterapia pode ser utilizada em três contextos clínicos diferentes, utilizando produtos químicos sintetizados em laboratório, com o intuito de destruir as células neoplásicas: indução primária para doenças avançadas ou para cancros para os quais não há outras opções terapêuticas de tratamento efetivo, tratamento neoadjuvante para pessoas que apresentam doença localizada, para quem as formas locais de terapia tais como cirurgia ou radioterapia são adequadas e finalmente, quimioterapia adjuvante para métodos locais de tratamento, incluindo cirurgia e radiação (p.2).

A Consulta de Enfermagem (CE), insere-se como uma “intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade para o autocuidado (Diário da República, Portaria n.º 19/2012, de 20 de Janeiro).

Nesta perspectiva, a OMS (OMS *in* McEvoy & Duffy, 2008), define *Empowerment*, ou capacitação, como um processo pelo qual as pessoas obtêm controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde. Em enfermagem, este conceito é frequentemente usado de forma a promover cuidados seguros e de qualidade. De acordo com McEvoy & Duffy (2008, p. 417), é missão da enfermagem tornar as pessoas capazes de alcançar o seu máximo de potencial funcional e de bem-estar. Os mesmos autores salientam ainda que o papel do enfermeiro evoluiu desde ser o guardião para o criador de *empowerment* (McEvoy & Duffy, 2008, p. 417).

Em termos práticos e, segundo Santis, Hervas, & Weinman (2018, p.5), a capacitação deve ser desenvolvida a nível individual (com a pessoa) e a nível coletivo (com a comunidade da pessoa, grupos de suporte, ligações da sua esfera pessoal). A mesma fonte refere que o *empowerment* vai além do contexto de prestação de cuidados e entra no âmbito da vida quotidiana (desenvolvimento de autoestima e habilidades de adaptação à mudança). Isto de modo geral significa que, capacitar a pessoa/família tem impacto a nível da melhoria da sua saúde e qualidade de vida.

A distinção entre envolver a pessoa no seu cuidado e obter um “*empowered patient*”, ou doente capacitado, é difícil de distinguir, declaram Santis *et al.*, 2018 (p.7). Contudo, através da expressão das suas necessidades e preocupações e envolvendo-se na elaboração de estratégias clínicas, sociais e culturais, para o atender nessas necessidades, a pessoa detém poder e, desta forma, envolve-se no seu processo de doença de forma plena (Santis *et al.*, 2018, p.7).

Neste contexto, Petronilho (2012, p. 6), refere que o autocuidado depreende um conceito complexo e multidimensional que tem evoluído ao longo do tempo e que está associado à independência e responsabilidade pessoal. Desta forma, o autocuidado representa um referencial teórico para as intervenções educacionais, cognitivas e comportamentais implementadas na CE que têm como objetivo aumentar os conhecimentos e habilidades das pessoas/famílias face às necessidades decorrentes dos seus processos de saúde/doença.

2 EXECUÇÃO DAS ACTIVIDADES PREVISTAS

Metodologia do projeto é definida por Ruivo *et al.*, 2010, como “um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação real”. Esta metodologia, como refere Ruivo *et al.*, 2010 (p. 2), baseia-se numa investigação centrada numa problemática real, identificada na prática, e na implementação de estratégias e intervenções dirigidas para a sua resolução.

2.1 Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação é a primeira fase da metodologia de projeto e visa, segundo Ruivo *et al.*, (2010), “a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (p.10). Neste sentido, implica a identificação dos problemas e a determinação das necessidades, com os seus precursores e as suas consequências (Ruivo *et al.*, 2010, p.11).

Deste modo, o presente projeto de intervenção teve por base a dificuldade em colher, analisar e obter indicadores de resultado da prática de enfermagem do Hospital de Dia C, especificamente, partindo da Consulta de Enfermagem (CE) já implementada neste serviço.

Como referido anteriormente, a CE visa uma intervenção de enfermagem onde se avalia e se estabelece um plano de cuidados no sentido de ajudar a pessoa a atingir a sua máxima capacidade para o autocuidado (Diário da Republica, Portaria n.º 19/2012, de 20 de Janeiro). É referido igualmente no Plano Nacional de Saúde (DGS, 2017) a importância de colocar a pessoa, com as suas necessidades e expectativas, no centro do sistema, englobando a sua participação e capacitação, integrado num quadro de melhoria contínua da qualidade, através de ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, promoção do autocuidado, alteração de estilos de vida e comportamentos de risco e o acesso adequado aos recursos de saúde existentes (DGS, 2017, p.48).

Assim, a CE constitui um momento formal em que o enfermeiro centra a sua atividade na pessoa/família/cuidador, com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem de forma holística, proporcionando à pessoa informação geradora de

capacitação de forma a maximizar o seu bem-estar, desenvolvimento de estratégias de adaptação à doença e aumento da sua qualidade de vida (Paz, Sherida, Queiroz & Matos, 2012, p. 7).

Relativamente à CE do HD C, após a realização da Anamnese e a seleção de um conjunto de intervenções já pré-definidas, não existe o levantamento de diagnósticos de enfermagem¹, um planeamento dos Resultados Esperados², nem uma avaliação posterior das mudanças de *status*³ dos diagnósticos de enfermagem. Deste modo, não há um levantamento de intervenções específicas para os ensinos realizados à pessoa/família e, conseqüentemente, não existe uma avaliação da efetividade das intervenções realizadas.

Esta ausência de planos de cuidados não permite avaliar a evolução da pessoa ao longo do seu processo de tratamento oncológico, nem obter resultados mensuráveis sobre os cuidados e práticas de enfermagem implementadas. Neste âmbito, seria importante existir um documento orientador das práticas de seguimento das pessoas/famílias ao longo do seu tratamento.

2.2 Planeamento

A terceira fase da metodologia de projeto, o planeamento, permitiu-me realizar o levantamento dos recursos, das limitações condicionantes do projeto, bem como, definir as atividades a desenvolver, os recursos necessários (tempo, materiais, recursos humanos) e ainda, definir os métodos e técnicas de pesquisa, assim como, o respetivo cronograma em apêndice (APÊNDICE I), conforme indicado por Ruivo *et al.* (2010, p. 20).

Neste planeamento foi descrito de forma esquematizada as tarefas e os resultados esperados para cada atividade, assim como, o desenvolvimento e integração das competências esperadas.

¹Um Diagnóstico de Enfermagem, de acordo com a CIPE®, é um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente, após a sua avaliação (Norma ISO p.15)

² Os resultados de Enfermagem CIPE® são o resultado presumido das intervenções de Enfermagem medidas ao longo do tempo enquanto mudanças efectuadas nos diagnósticos de Enfermagem (CIPE®, p.15)

³*Status* significa “mudança de estado” dos diagnósticos, sendo que os resultados de enfermagem CIPE®, definem-se como sendo a medida ou estado de um Diagnóstico de Enfermagem em pontos temporais após uma intervenção de enfermagem (CIPE® segundo Norma ICN).

Estabeleci igualmente uma calendarização das atividades ao desenvolver um cronograma do projeto que ilustra a execução do projeto durante os estágios preconizados (APÊNDICE III). Este cronograma foi um processo interativo que determinou as datas de início e de fim para as respetivas atividades a desenvolver neste projeto, impondo a necessária revisão dos recursos e durações necessárias para a sua execução (Ruivo *et al.*, 2010 p. 20).

De forma a atingir os objetivos planeados e de forma a desenvolver as várias competências referidas, delineei a realização de estágios em três instituições diferentes com a orientação de enfermeiros peritos em cada área. Desta forma, e tendo em conta a temática do presente projeto foram selecionados dois Hospitais de Dia Hemato-Oncológico da Grande Lisboa, do grupo I, que por realizarem Consultas de Enfermagem a pessoas/famílias propostas para QT, detinham o contexto essencial para a aquisição e partilha de conhecimentos, promoção de aprendizagens significativas para o meu fenómeno de interesse e para o desenvolvimento das competências necessárias para a implementação deste projeto.

Neste sentido efetuei uma entrevista prévia com cada Enfermeiro Chefe dos Hospitais de Dia A e B de forma a apresentar sumariamente os objetivos de estágio e, deste modo, confirmar a adequabilidade dos contextos com as atividades pretendidas. No Hospital de Dia C decorreu a fase de implementação e de avaliação do projeto de intervenção.

O primeiro estágio foi realizado no Hospital de Dia A, que integra um Hospital Central da grande Lisboa. Neste contexto, os tratamentos antineoplásicos em regime de ambulatório abrangem uma área populacional significativa em que nos anos 2011 e 2012, efetuaram-se 8019 e 9241 sessões de tratamento, respetivamente. Em 2013 realizaram-se cerca de 9717 sessões e em 2014 efetuaram-se 9748 sessões de tratamento que se traduz num aumento percentual de 21.5% desde 2011. O serviço é constituído por uma sala de administração de tratamentos com 8 cadeirões e uma sala onde são alocados as pessoas submetidas a transplantes de progenitores hematopoiéticos e onde é realizado o seu acompanhamento pós transplante.

As CE são realizadas diariamente e de acordo com a disponibilidade de espaço físico próprio para o efeito. A marcação da CE é realizada pela equipa de enfermagem, em suporte informático. Desde o início do ano de 2019 até à data do estágio realizado, foram realizadas 750 CE de 1ª vez.

A realização da CE implica a gestão diária dos recursos humanos de modo a haver um enfermeiro disponível para a realização da CE entre as 8h e as 11 horas. Relativamente aos recursos físicos, a CE é realizada na Sala de tratamentos ou num gabinete médico disponível.

Todos os registos inerentes à CE, na qual se inclui a colheita de dados, são realizados em plataforma informática, em formulário transversal a todas as unidades do hospital

A primeira fase da CE é a do acolhimento à unidade e realização de uma colheita de dados onde se identificam as necessidades de educação do utente e o risco de não adesão terapêutica. A segunda fase consiste na avaliação dos efeitos adversos mais comuns da QT e a adequação de ensinamentos de procura de comportamento de saúde à pessoa/família. Na terceira fase da CE, valida-se as orientações realizadas, entrega-se material de apoio (guias de acolhimento) e encaminha-se a pessoa/família na planificação do seu processo de tratamento, nomeadamente, clarificação das datas das próximas consultas e dos próximos tratamentos.

O conhecimento sobre a saúde é determinante para que a pessoa possa adquirir e desenvolver competências de forma a adequar os recursos que tem disponíveis para melhorar a sua qualidade de vida. Neste sentido, o enfermeiro mobiliza estratégias de resposta aos seus receios, esclarecendo dúvidas e respondendo a questões, promove o autocuidado, a adesão terapêutica e o controlo de sintomatologia (Santos & Frias, 2013).

Assim, na CE de 1ª vez era levantado o diagnóstico de CONHECIMENTO SOBRE A SAÚDE: *status* de conhecimento com as características específicas: estar ciente dos problemas de saúde comuns, práticas saudáveis e serviços de saúde disponíveis, capacidade de reconhecer sinais e sintomas de doença e de partilhar a informação com as pessoas que são importantes para o cliente (CIPE® 2, p. 32).

Para a identificação das necessidades de educação da pessoa para o autocuidado com imunodeficiência, doença Hemato-Oncológica sob quimioterapia e/ou pessoa transplantada, o enfermeiro na primeira CE, estabelece como prioritário realizar ensinamentos sobre o conhecimento sobre a saúde, a segurança alimentar, padrões de higiene pessoal, avaliação dos riscos do ambiente e a toma de terapêutica de forma segura.

Os ensinamentos supramencionados eram realizados de forma gradual ao longo de 3 CE e eram orientados para as dimensões de ensino em que a pessoa NÃO DEMONSTROU CONHECIMENTO nas CE anteriores. Encontram-se em apêndice os tópicos a serem abordados nas CE (APÊNDICE III).

Na 2ª e 3ª CE, era realizado igualmente a monitorização, controlo de sintomatologia e de eventos adversos consequentes do tratamento realizado, utilizando um conjunto de critérios da *National Cancer Institute* (NCI) para a classificação padronizada dos eventos adversos relacionados com a terapêutica utilizada em oncologia (ANEXO I).

O segundo estágio foi realizado no Hospital de Dia B, que integra igualmente um Hospital Central da grande Lisboa. Centro de referência para o diagnóstico e prevenção do cancro colo rectal (Despacho nº 3653/2016, DGS), oferece um completo e especializado conjunto de serviços a todas as pessoas com doença hematológica e oncológica.

De Janeiro até Dezembro de 2019, realizaram-se 7672 sessões de quimioterapia, 4566 sessões de terapêutica de suporte (bifosfanatos, unidades de concentrados de eritrócitos e de plaquetas). No mesmo período, foram realizadas 650 CE e o número equivalente de consultas subsequentes de *follow up* telefónico.

A CE aplica-se a todas as pessoas atendidas em HD de Oncologia e na Consulta de Hemato-Oncologia Médica. Todos os enfermeiros que desempenham funções no HD B podem ficar alocados para a sua realização.

A CE é realizada em gabinete de enfermagem, no horário das 9h às 16h. A primeira CE é presencial e tem um período previsto de duração de 45 minutos. As consultas subsequentes (telefónicas) tem um período de duração de 15 minutos e são agendadas pelo enfermeiro de acordo com o esquema terapêutico da pessoa.

A CE tem como finalidade assegurar o acompanhamento de enfermagem à pessoa com doença oncológica e sua família, proposta para ou em mudança de linha terapêutica de quimioterapia, promovendo a gestão e a adesão ao regime terapêutico e medicamentoso instituído (Ricou, Sánchez & Ponte, 2018). Neste sentido, a CE do HD B é constituída por um acolhimento, avaliação inicial e identificação das necessidades da pessoa/família, intervenções educativas dirigidas para a autovigilância/complicações, alimentação, exercício e regime medicamentoso, intervenções descritas em detalhe em apêndice (APÊNDICE XII).

Na Adesão ao Regime Terapêutico⁴ eram incluídas atividades como a comparência apropriada nas consultas e sessões de tratamentos, cumprimento do regime medicamentoso, do regime dietético, regime do exercício e na adoção de comportamentos e alterações de estilos de vida que melhorem os resultados dos cuidados e a qualidade de vida dos doentes (Ricou *et al.*, 2018).

As intervenções de educação para a saúde, decorrentes da falta de conhecimentos da pessoa/família, eram dirigidas para as temáticas onde se verificava a NÃO ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO, visto que a pessoa que não adere ao regime terapêutico sofre agudizações da doença, que conduzem a internamentos frequentes, prejudicando a gestão e controlo sintomático e a consequente qualidade de vida (Ricou *et al.*, 2018).

Assim, na CE do HD B, o enfermeiro regista os dados na avaliação inicial e no processo de enfermagem, levanta o Foco: Gestão de Regime Terapêutico e realiza a intervenção diagnóstica “Avaliar a Gestão do Regime Terapêutico” para a Consulta Subsequente.

As Consultas Subsequentes (CS) eram realizadas telefonicamente e tinham como objetivo avaliar a gestão e adesão do regime terapêutico e monitorizar efeitos secundários da quimioterapia. Após esta validação, é realizada a mudança do FOCO COMPORTAMENTO DE ADESÃO NÃO EFICAZ para o FOCO GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EFICAZ, de forma a obter ganhos em saúde.

Embora houvesse a implementação de um plano de cuidados de enfermagem de forma individualizada para cada pessoa, com diagnósticos e intervenções estruturadas e dirigidas para o que era implementado nas CE, assim como, a mudança dos *status* dos diagnósticos (FOCOS) levantados, não havia, posteriormente, uma ferramenta disponível que permitisse a extração de dados e a constatação do número de diagnósticos com *status* alterados devido a intervenções de enfermagem documentadas, ou seja, não era possível, mesmo assim, obter indicadores de resultado da prática.

⁴ Definida pela OMS (WHO, 2003, p.18) como “o grau em que o comportamento de uma pessoa é representado não só pela ingestão do medicamento, mas também pelo seguimento da dieta, das mudanças no estilo de vida (...) abrangendo comportamentos de saúde mais alargados que apenas o cumprimento das prescrições medicamentosas”.

O Hospital de Dia C assume-se como uma referência nacional na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença oncológica, oferecendo um completo, multidisciplinar e especializado conjunto de serviços clínicos e complementares. Esta unidade está equipada com 6 cadeirões e 4 camas. A presente equipa multidisciplinar conta com 7 enfermeiros, incluindo um coordenador, dois auxiliares de saúde e uma enfermeira Chefe.

Neste contexto, desde a abertura da unidade, foi implementada a CE a todas as pessoas/famílias propostas para realizar QT pela 1ª vez. A CE é realizada em gabinete físico, no 1º dia (Dia 1) de administração do 1º ciclo (Ciclo 1).

Posto isto, em relação ao contexto encontrado no Hospital de Dia C, desde Janeiro de 2018 até Maio de 2019, foram realizados aproximadamente 4083 tratamentos antineoplásicos, 3375 de quimioterapia endovenosa (EV) e 934 de terapêutica antineoplásica oral (TAO). No mesmo período realizaram-se 324 CE de 1ª vez e 216 telefonemas de *follow up*.

2.3 Atividades realizadas

A etapa de Execução da metodologia de Projeto assumiu uma importância significativa dado que me possibilitou a concretização de um projeto que tinha vindo a idealizar mentalmente numa situação real e executável. Neste sentido, esta etapa coloca na prática tudo o que foi planeado no capítulo anterior (Ruivo *et al.*, 2010, p.23). Apresento de seguida a descrição e análise reflexiva de cada objetivo traçado, recorrendo às atividades implementadas e respetivos resultados alcançados. Optei por proceder de forma simultânea à descrição das atividades realizadas e à discussão dos resultados obtidos durante o seu desenvolvimento de forma a avaliar os ganhos alcançados.

Deste modo, para o estágio realizado no HD A, estabeleci como objetivo geral, **compreender a dinâmica organizacional do serviço e da equipa de enfermagem**, assim como segundo objetivo geral, **adquirir e desenvolver competências, técnicas científicas e relacionais para a realização da Consulta de Enfermagem à pessoa/família proposta para QT**. Para tal, estabeleci objetivos específicos e respetivas atividades para os atingir, que passo a descrever.

O primeiro objetivo específico foi **identificar as intervenções de Enfermagem perante a pessoa/família proposta para quimioterapia, referidas na evidência**

científica, estabelecendo como atividade a realização de uma revisão *Scoping* sobre as intervenções de enfermagem promotoras da capacitação da pessoa submetida a QT.

No sentido de criar uma base técnico-científica para o presente projeto de intervenção, foi realizada uma revisão *Scoping* de acordo com a metodologia de *Joanna Briggs Institute* (2015). Esta revisão da literatura mapeou as intervenções de enfermagem que devem ser implementadas, em contexto de Consulta de Enfermagem, no cuidado à pessoa/família proposta para QT e, posteriormente submetida, a terapêuticas antineoplásicas endovenosas e orais (APÊNDICE IV), tendo como questão: Quais as intervenções de enfermagem, na Consulta de Enfermagem, para a Capacitação da Pessoa submetida a Quimioterapia em Ambulatório?

Do resultado desta revisão *Scoping* emergiram 3 áreas centrais de intervenção de enfermagem no que respeita à capacitação da pessoa com doença oncológica submetida a terapêutica antineoplásica- Enquadramento e Estruturação da CE, onde encontrei dados que justificam a pertinência da sua realização assim como as temáticas a desenvolver em cada etapa da CE; Capacitar através de Informação (Doente e Cuidador), onde retirei as principais intervenções de capacitação da pessoa/família, através de programas de educação onde era providenciada informação sobre a sua doença, potenciais efeitos adversos e comportamentos de autocuidado adequados ao seu controlo e diminuição da sua gravidade. Por fim, permitiu-me mapear intervenções de enfermagem sobre a Avaliação e Gestão eficaz de Sintomas e Sinais Adversos dos tratamentos antineoplásicos.

Os resultados foram apresentados sob a forma de uma tabela com as diferentes estratégias encontradas em cada artigo (APÊNDICE V), indo de encontro com o resultado esperado para esta atividade.

O segundo objetivo específico foi definido como **identificar as intervenções de enfermagem para a capacitação da pessoa/família proposta para QT**, estabelecendo como atividade a observação (estruturada, não participante) das intervenções de enfermagem perante a pessoa e família proposta para QT na CE do Hospital de Dia A.

Nesta observação, não participativa e estruturada, observei o total de 11 CE, realizadas pela minha enfermeira orientadora (APÊNDICE VI) e obtive o registo de

notas de campo utilizando um guia de observação estruturada da CE (APÊNDICE VII), previamente desenvolvida, a partir dos dados obtidos da revisão *Scoping* efetuada.

Posto isto e depois de analisar todas as intervenções de enfermagem observadas, organizei de forma sumária e esquematizada as intervenções educativas à pessoa/família em 5 temáticas (acolhimento, tratamento, controlo de efeitos adversos, segurança alimentar e riscos do ambiente), sustentadas pelos achados da Revisão *Scoping* efetuada anteriormente (Coolbrandt, *et al.*, 2018; Jahn, *et al.*, 2009; William *et al.*, 2011). Deste modo, como resultado esperado para esta atividade, apresento em APÊNDICE VI, as intervenções de enfermagem observadas nas CE.

O terceiro e último objetivo específico para este estágio foi definido como **analisar a intervenção do Enfermeiro Especialista na promoção da capacitação da pessoa e família sob QT**, estabelecendo como atividade a análise das práticas observadas em contexto da CE.

Em relação ao conceito de reflexão guiada, a partir de experiências do contexto clínico, a prática reflexiva é descrita como uma exploração cognitiva realizada de forma deliberada e estruturada através de experiências com o objetivo de aprender com estas (Swardt, 2012, p.12). Desta forma, conjugando a integração das experiências que advém da prática clínica com uma atitude crítica e reflexiva da evidência, permitiu o desenvolvimento pessoal e profissional, assim como, aprimorar as práticas do cuidar.

Assim, a elaboração de uma análise crítica de todas as oportunidades de aprendizagem deste estágio trouxe contributos para a identificação das principais práticas de enfermagem na capacitação das pessoas/famílias propostas para QT ou já submetidas a QT, mas em mudança de linha terapêutica.

A realização deste estágio providenciou-me igualmente a possibilidade de refletir de forma constante em parceria com a minha Enfermeira Orientadora sobre o que era observado por mim e implementado por ela durante estas consultas. Neste sentido, foi importante observar a variedade de pessoas/famílias que foram atendidos nas CE, com características demográficas variadas, de contextos socioeconómicos diversos e com níveis de literacia em saúde muito diferentes. Foi desta forma constatada a dificuldade que o enfermeiro que realiza a CE experiencia, pois é-lhe requerido que adeque a sua intervenção às características da pessoa/família que se encontra à sua frente, havendo a necessidade constante de mudança, adaptação e atualização das

práticas de forma a capacitar aquelas pessoas e suas famílias para viverem com a doença oncológica e continuarem, dentro dos seus limites, o seu percurso de vida (EONS, 2018; Oliveira *et al.*, 2012; Orem, 2001).

Estas reflexões trouxeram contributos importantes para compreender o impacto da doença oncológica na pessoa, família e profissionais de saúde, desenvolver competências de avaliação de enfermagem e de aplicação de intervenções de gestão perante a pessoa com doença oncológica.

Proporcionou-me igualmente a oportunidade de demonstrar conhecimentos e compreensões alargadas sobre a minha experiência profissional em contexto de Hospital de Dia Oncológico num país diferente, realizando uma comparação de conhecimentos e de práticas desse contexto com as práticas do Hospital de Dia A e Hospital de dia C, que foram apresentadas em sessão de formação, por solicitação da enfermeira orientadora, à equipa multidisciplinar no final do estágio. Esta reflexão alargada levou toda a equipa de enfermagem a refletir sobre a doença oncológica e a intervenção do enfermeiro no HD e na CE (APÊNDICE VIII).

Compreendi ainda que a CE orienta essencialmente as pessoas/famílias para a prática de autocuidado. Perante o diagnóstico de uma patologia crónica ou de alta gravidade, as pessoas encaram a CE como uma oportunidade de adquirir informações sobre a sua doença e tratamento, sendo a ação do enfermeiro orientar a pessoa conforme as suas necessidades para a promoção e recuperação da saúde (Araújo & Menezes, 2015; OEP, 2010).

Por meio da CE, o enfermeiro exerce completa autonomia para desenvolver estratégias de cuidado abrangentes para a promoção da saúde da pessoa, da família e da comunidade, cumprindo a sua principal função como educador em saúde, tanto na prevenção, como na identificação e tratamento de complicações e efeitos colaterais, nomeadamente, os efeitos secundários que advém da administração de agentes antineoplásicos (Paz *et al.*, 2012).

A análise aqui apresentada sobre a intervenção do enfermeiro especialista (OE, 2010; EONS, 2018) na promoção da capacitação da pessoa/família proposta para QT representa o resultado esperado para esta última atividade (APÊNDICE IX).

Para o estágio realizado no HD B, estabeleci como objetivo **adquirir e desenvolver competências, técnicas científicas e relacionais para avaliar o impacto da CE na Capacitação para o Autocuidado das pessoas/famílias**

propostas a QT. Para tal, estabeleci objetivos específicos e respetivas atividades para os atingir, que passo a descrever.

O primeiro objetivo específico foi **identificar as intervenções de enfermagem promotoras da capacitação para o autocuidado das pessoas/famílias propostas para QT, observadas nas CE**, estabelecendo como atividade a observação (estruturada, participante) das intervenções de enfermagem promotoras da capacitação para o autocuidado da pessoa/família proposta para QT nas CE do Hospital de Dia B.

De forma a dar continuidade à minha intervenção e para consolidar os achados obtidos na actividade iniciada no HD A, achei pertinente observar também as CE do Hospital de dia B com o intuito de acrescentar conhecimento e competências técnicas, científicas e comunicacionais à minha intervenção como enfermeiro especialista que realiza CE à pessoa/família sob QT.

No decorrer do segundo estágio observei 7 CE com registo de notas de campo (APÊNDICE X), utilizando um guia de observação estruturada da CE, previamente desenvolvido no planeamento do projeto (APÊNDICE XI).

Paralelamente à observação da CE, fui listando as intervenções de enfermagem implementadas agrupando-as consoante os Requisitos Universais (RU) de Orem (2001) permitindo-me desta forma, estabelecer uma conexão entre a teórica e a prática observada, aprofundando e integrando conhecimentos sobre as duas vertentes, nomeadamente, estabelecendo um mapa conceptual entre o que era implementando na CE sobre o autocuidado e os vários RU que a autora acima mencionada estabeleceu.

Posto isto e depois de analisar todas as intervenções de enfermagem observadas, organizei de forma sumária e esquematizada a informação recolhida em forma de tabela, indo deste modo de encontro com o resultado esperado para esta atividade em apresentar um registo escrito das intervenções de enfermagem observadas nas consultas, que se encontram detalhadas em apêndice (APÊNDICE XII).

O segundo objetivo específico foi definido como **identificar as intervenções de enfermagem promotoras da capacitação para o autocuidado referidas em questionários orais realizados às pessoas/famílias submetidas a QT (após 1º ciclo)**, estabelecendo como atividade a realização de um questionamento oral às

peessoas sobre a sua capacidade de autocuidado após a CE. Este decorreu com a autorização prévia da Enfermeira Chefe do Hospital de Dia B, também minha orientadora de Estágio e teve como principal intuito compreender que informação as pessoas/famílias valorizavam, como é que percepcionavam a CE e o impacto do desempenho dos enfermeiros na sua vivência de doença.

Durante o decorrer do estágio e da minha prestação de cuidados, realizei notas de campo a partir de um guião previamente desenvolvido no planeamento do presente projeto (APÊNDICE XIII). Foi garantida a confidencialidade de dados e a privacidade das pessoas/famílias partindo sempre da explicação do objectivo do questionamento e pedido o consentimento para tal. Assim, realizei 19 questionários orais a pessoas (com ou sem família presente) e respectivas notas de campo (APÊNDICE XIV).

Paralelamente à execução desta actividade, surgiu a oportunidade de participar nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem Avançada “no contexto actual dos cuidados de saúde”, organizado pela ESEL, com o objectivo de apresentar à comunidade académica projetos inovadores. Para tal, com o apoio da Professora Orientadora da ESEL e da enfermeira Orientadora do estágio, os dados obtidos até então com a realização das actividades de estágio, foram analisados e esquematizados para o desenvolvimento de um poster (resumo em APÊNDICE XV), intitulado “Capacitação para o autocuidado da pessoa e família sob quimioterapia: consulta de enfermagem” que foi apresentado no dia 18 de Dezembro de 2019 (APÊNDICE XVI).

O resumo do Poster e o Poster em si, servem deste modo para dar visibilidade aos resultados das notas de campo obtidas com os questionários orais realizados às pessoas/famílias do Hospital de dia B. Ainda para este objetivo específico estabeleci como actividade a análise e descrição dos dados obtidos sobre as intervenções de enfermagem observadas e referidas pelas pessoas/famílias neste campo de estágio.

Quanto às notas de campo (APÊNDICE XIV), quando realizada a questão: “Qual a sua opinião em relação à consulta de enfermagem que teve antes de iniciar a quimioterapia?”, 46% dos doentes (n=6) referiram que a CE foi “muito importante” e 31% (n=4) que foi “muito esclarecedora”. Ainda, algumas pessoas referiram que “achavam que iam ser picados” e os outros não souberam especificar o que esperavam de uma CE antes de entrar.

À questão “Como se sentiu na CE?”, 16% (n=3) abordaram o impacto negativo do diagnóstico na altura da consulta, relatando receio antes de entrar; 42% (n=8)

sentiram-se “bem” e “apoiados” durante. Após a CE, 53% dos doentes (n=10) estavam “preparados para lidar com a doença e os efeitos da QT”, 26% (n=5) sentiram-se “preparados para o futuro” e 21% (n=4) “mais seguros/confiantes em relação ao tratamento e à equipa”. Quando perguntei “Que tópicos foram abordados? Que estratégias lhe foram transmitidas para se autocuidar em casa?”, a maioria dos doentes (n=7) mencionaram a alimentação como um tópico abordado; 26% (n=5) referiram que lhes foi explicado o tipo de tratamento (duração e periodicidade) e enunciaram alguns efeitos secundários expectáveis; 11% (n=2) expuseram estratégias contra a infeção e 10% (n=2) falaram dos cuidados com a higiene oral e corporal. Contudo, 16% dos doentes não foram capazes de identificar nenhum tópico abordado durante a CE, curiosamente, fazendo parte do número de pessoas que classificou a CE como “muito esclarecedora” e “muito útil”. As notas de campo aqui expostas vão ao encontro de alguns dos dados obtidos na revisão da literatura realizada anteriormente.

Neste sentido, o estudo realizado por William, Williams, Roling, Johnson, 2011 (p. 256) refere que as pessoas/famílias apreciam a oportunidade de obterem informação educativa sobre a sua doença, assim como, o tempo disponibilizado por um enfermeiro para esclarecimento de dúvidas. Deste modo, o enfermeiro que realiza este tipo de cuidados deve estar habilitado com conhecimentos aprofundados sobre o cuidado inerente à pessoa com doença oncológica. Roe & Lennan (2014, p.104) acrescentam que o profissional que realiza a CE precisa de desenvolver competências avançadas, nomeadamente, conhecimentos alargados sobre o tipo de quimioterapia que a pessoa irá receber e o seu âmbito terapêutico.

O estudo de Sá, Lopes & Basto (2019, p.180), completa esta ideia referindo que, enfermeiros com conhecimentos aprofundados sobre administração de terapia antineoplásica, cancro e assistência centrada no cuidado à pessoa/família, transmitem às pessoas e suas famílias a sensação de competência e de segurança, facto confirmado pelos questionários orais realizados, onde foi reportada a sensação de confiança no que lhes era transmitido pelo enfermeiro da CE, embora não fossem capazes de referir exatamente o que se abordou.

Voltando às notas de campo obtidas com esta actividade, 35% dos utentes (n=6) adotaram efectivamente estratégias de prevenção de infeções no seu dia-a-dia (higiene oral/corporal/dos alimentos); 24% (n=4) referiram utilizar estratégias de

Alimentação e 18% (n=3), estratégias de prevenção/controlo de efeitos adversos do tratamento. Contudo, 24% (n=4) dos doentes não adotou nenhuma estratégia de autocuidado mencionada na CE porque “não sentiram nenhum efeito secundário do tratamento e não tiveram portanto essa necessidade”.

Posto isto, quando perguntei “O que faltou na consulta? Que ensinamentos ou tópicos não foram abordados?”, um cuidador significativo referiu que “precisava de mais informação como cuidadora”, necessidade já identificada por Coolbrandt *et al.*, (2018) e por Roe & Lennan (2014) na revisão *scoping* efectuada anteriormente. Relativamente ao acolhimento à unidade, uma pessoa referiu que “Depois de mostrarem o serviço percebi que havia pessoas normais sem vomitar e a passar mal e isso deu-me confiança para o meu tratamento futuro”, remetendo mais uma vez para o estigma e impacto que o diagnóstico oncológico acarreta Fleischer & Franch (2015).

Desta forma, como Fleischer & Franch (2015) mencionam, o facto mais marcante de ser diagnosticado com uma doença crónica, por não ser curável, é a convivência quotidiana das suas repercussões em termos de limitações, implementação de regimes medicamentosos, rotinas e novas relações sociais. Pereira (2011, p.21) remata que é o tratamento que denuncia a doença, devendo ser realçada toda a valorização simbólica negativista que o cancro possui. O mesmo autor refere que o enfermeiro pode atenuar as consequências indesejadas decorrentes dos tratamentos, desde que tenha competência para as contextualizar no mundo da pessoa e da sua família. Nesta perspetiva, os ensinamentos realizados em cada ciclo de tratamento são vitais também para desconstruir o simbolismo negativo associado à doença oncológica.

O terceiro objetivo específico foi definido como **analisar a intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para o autocuidado de pessoas/famílias submetidas a QT (após 1º ciclo)**, estabelecendo como atividade a análise de um evento significativo relacionado com a Intervenção do Enfermeiro Especialista perante a pessoa/família proposta para QT.

Durante a realização do estágio B, a pedido da Professora Orientadora da ESEL, foi-me proposto o desenvolvimento de um estudo de caso referente a uma pessoa/família que iria iniciar tratamento antineoplásico e cuja CE eu tenha observado.

Para tal, selecionei uma pessoa com doença oncológica e proposta para QT em contexto de Consulta de Enfermagem. Obtive o seu consentimento verbal após a apresentação dos objetivos deste estudo caso e garantia de sigilo profissional e confidencialidade da informação recolhida.

Este trabalho apresenta-se em apêndice (APÊNDICE XVII), e permitiu integrar a prestação de cuidados observada na CE e analisá-la à luz da filosofia de cuidados e conceção da prática segundo a Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem, de Dorothea Orem (2001) e da mais recente evidência científica sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica, proposta para QT. O desenvolvimento deste estudo serve como o resultado esperado para esta actividade, sendo uma reflexão escrita sobre a intervenção do enfermeiro especialista na capacitação para o autocuidado da pessoa/família submetida a QT.

Deste modo, durante o desenvolvimento deste trabalho, tomei consciência que a capacidade de autocuidado refere-se ao conhecimento, habilidade e experiência que as pessoas precisam de obter para a realização do autocuidado (Orem, 2001; Petronillo, 2012, p.7). As acções de autocuidado são as práticas ou actividades que as pessoas iniciam ou realizam em benefício próprio com a finalidade de manter a vida, saúde ou qualidade de vida. Envolve a deliberação plena diante do que está a ser realizado e é a tomada de consciência de algo que pressupõe a decisão da pessoa em querer realizar acções para se autocuidar (Tomey & Alligood, 2004).

Como referem Coolbrandt *et al.*, (2018, p.2), devido ao impacto dos efeitos secundários provocados pela QT e ao contexto de cuidados em ambulatório deste tipo de tratamentos, o autocuidado insere-se como um foco de intervenção dos cuidados de enfermagem. Este facto é sustentado também por Roe & Lennan (2014, p.104) quando abordam os efeitos da quimioterapia, declarando que provocam toxicidades significativas mas previsíveis e que os efeitos secundários mais graves desenvolvem-se enquanto a pessoa está em casa entre os ciclos de tratamento.

Neste sentido, envolver a pessoa na definição destes planos de cuidados e incluí-la como parte responsável na tomada de decisão terapêutica, poderá ser vantajoso, na medida em que, tal como afirma Orem (2001), ao longo do processo de intervenção de enfermagem, é necessário ter em consideração os componentes que influenciam a capacidade para desempenhar as ações requeridas para o autocuidado, das quais se destacam a motivação e a habilidade para tomar e operacionalizar

decisões de autocuidado, sendo muitas vezes suficiente a presença, segurança e palavras de encorajamento do enfermeiro para que a pessoa se sinta com capacidade para controlar e dirigir a sua ação de autocuidado ou supervisão para a concretização dessa atividade.

Ainda, é importante avaliar se a pessoa tem potencial para melhorar o conhecimento, nomeadamente, se tem capacidade cognitiva, consciencialização das mudanças no seu estado de saúde, força de vontade expressa na aprendizagem e envolvimento no processo de Ensino/Aprendizagem. Sem sim em todas as perguntas, a pessoa tem potencial para melhorar o conhecimento e para levar a cabo actividades de autocuidado adequadas (Orem, 2011).

A análise aos RU para o autocuidado da pessoa selecionada para o estudo caso, permitiu-me evidenciar que, devido à especificidade dos efeitos adversos expectáveis dos tratamentos antineoplásicos a que foi proposta, seria expectável um agravamento da anorexia e da astenia, havendo portanto uma alteração no requisito de prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar, no requisito de manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação humana e no requisito de manutenção de um aporte de água e alimentos suficiente. Neste sentido, desenvolvi um plano de cuidados direccionado para estes focos de autocuidado, em apêndice (APÊNDICE XVII).

Para Santos, Ramos & Fonseca (2017, p.52), o autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham de forma deliberada por si próprias ou que alguém executa por elas para preservar a vida, a saúde, o seu desenvolvimento e o bem-estar.

Relativamente ao estudo caso realizado, ficou estabelecido a necessidade de estender o programa educacional da pessoa e avaliar sistematicamente antes do início de cada ciclo de QT a sua capacidade de autocuidado, grau de fadiga e estado nutricional. Foi igualmente estabelecida a importância de orientar os ensinamentos para o familiar que acompanhou o doente, orientando a minha intervenção no sentido de esclarecer as suas dúvidas e permitindo maior tempo para se falar de medos/receios.

A análise de forma sistemática dos requisitos universais para o autocuidado da pessoa em questão permitiu-me clarificar as necessidades sentidas em domicílio após a QT e direccionou-me para o planeamento das intervenções adequadas às suas necessidades. Desta forma, a aplicação de um programa educacional baseado na

Teoria de Orem (2001), provoca de modo geral, um aumento da capacidade de autocuidado dos doentes e famílias submetidos a quimioterapia (Santos *et al.*, 2017, p.52).

Após analisar a evidência científica encontrada e reflectir sobre os dados obtidos com as actividades do estágio no contexto B, levou-me a concluir que, quando a pessoa de forma consciente, controlada, intencional e efectiva, atinge a sua autonomização real, existe capacitação para actividades de autocuidado (Santos *et al.*, 2017, p.51; Orem, 2001).

Resumidamente, com as atividades realizadas neste contexto de estágio, foi possível salientar o papel essencial do enfermeiro como educador em saúde, cujo objetivo é garantir não só que a pessoa/família obtenha as informações necessárias para tomar decisões sobre a sua doença e as suas opções de tratamento, mas também, apoiar e ir de encontro às necessidades específicas da família/cuidadores.

Segundo Orem (2001), a necessidade de autocuidado terapêutico é a soma das medidas necessárias de autocuidado em momentos específicos, ou durante um período específico, para atender a todos os requisitos de autocuidado necessários quer à pessoa, quer ao conjunto de requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde.

Neste sentido, a revisão da literatura realizada demonstrou que a gestão de sintomas que advém da administração de QT é um aspeto importante do atendimento oncológico, onde os enfermeiros podem atuar, recorrendo a programas de educação e de *follow up*.

Constatando a execução de atividades de autocuidado pela pessoa após a CE, nomeadamente, caminhadas diárias e o início de uma dieta polifracionada com aumento de ingestão de água em quantidade adequada, com base no que lhe foi transmitido em consulta, porque compreendeu e integrou o conhecimento transmitido, atribuindo importância a estas atividades para o controlo e prevenção de efeitos adversos dos tratamentos antineoplásicos, a pessoa em questão é avaliada como um doente capacitado para o autocuidado.

Durante a realização desta atividade houve momentos em que me senti desconfortável por me encontrar num contexto profissional diferente do meu, assim como, a questionar sobre as práticas de enfermagem de outros profissionais. No mesmo âmbito, foi difícil dirigir as conversas com as pessoas/famílias, que iniciava

com os questionários, para o meu fenómeno de interesse, mais uma vez, por ser um elemento novo na equipa, facto que causava alguma desconfiança nos doentes/família. Contudo, contei com o apoio da equipa multidisciplinar que se mostrou sempre disponível para apaziguar estas dificuldades. Do mesmo modo, ao longo do estágio, fui aprimorando a minha abordagem, o que resultou em conversas mais consistentes e frutíferas para a atividade em questão.

Ainda sobre os dados obtidos com os questionamentos orais, é evidenciado o impacto que o diagnóstico de doença oncológica causa nos doentes que, como Furber *et al.*, 2015 referem, constituem eventos muito emocionais. Nesta perspetiva, as pessoas/famílias durante a CE (após consulta de oncologia médica), ao receberem informações sobre a sua doença, dão uso a defesas psicodinâmicas, como mecanismos inconscientes, nomeadamente, a negação perante o que lhes é transmitido. No mesmo âmbito, é importante reconhecer que o desejo de algumas pessoas em obter informações sobre a sua situação pode ser limitado pelo desejo de evitar sofrimento para si ou para a sua família e, desta forma, Furber *et al.*, (2015) concluem que as respostas emocionais podem moldar a forma como as pessoas/famílias recebem e integram a nova informação sobre a sua doença.

Em jeito de conclusão, compreendi que a CE se insere como uma intervenção de enfermagem autónoma onde é favorecida a capacitação para o autocuidado e onde o enfermeiro cumpre a sua principal função de educador e promotor da literacia em saúde, na prevenção, identificação e tratamento de complicações que advêm da QT.

Contudo para perceber se os doentes se encontram capacitados ou não é necessário o desenvolvimento de programas de acompanhamento e de avaliação contínua das pessoas/famílias ao longo de todo o seu percurso de tratamento. Esta sistematização de avaliação possibilitará obter indicadores de resultado da prática de enfermagem, nomeadamente, ganhos em saúde, ganhos em conhecimento e capacitação para o autocuidado (Coolbrandt, *et al.*, 2018; Doran, 2011; Jahn, *et al.*, 2009; Griffiths, *et al.*, 2011).

Para o estágio realizado no HD C, estabeleci como objetivos gerais, **promover a melhoria da qualidade dos cuidados da CE, à pessoa/família proposta para QT e obter indicadores de resultado de enfermagem neste âmbito**. Para os atingir, estabeleci objetivos específicos e respetivas atividades que passo a descrever.

O primeiro objetivo específico foi **descrever as intervenções de enfermagem promotoras da capacitação para o autocuidado identificadas através das actividades realizadas nos locais de estágio anteriores**, estabelecendo como actividade a elaboração de um Guia de Boas práticas para a CES a realizar a pessoas/famílias submetidas a QT.

Partindo dos resultados dos estágios anteriores, ficou claro que, de forma a avaliar a capacitação dos doentes oncológicos sob QT para o autocuidado, esta deve ser realizada ao longo do seu percurso de doença, dado que as pessoas e suas famílias ao experienciarem episódios de agudização, como por exemplo, um efeito secundário da QT, vão desenvolvendo capacidades de autogestão e de integração de conhecimentos em saúde, nomeadamente, desenvolvendo a competência de vigilância e de monitorização do seu estado de saúde e dos seus sintomas, sendo capazes de identificar o desenvolvimento de um sintoma/sinal de alarme (tendo por base as intervenções educativas implementadas na CE) e tomando consciência da necessidade de adotar ações de autocuidado para controlar ou diminuir a sua gravidade, nomeadamente, contactando a sua equipa de enfermagem.

Como já foi referido anteriormente a quimioterapia provoca efeitos adversos previsíveis e os mais graves são desenvolvidos quando a pessoa se encontra em casa (Roe & Lenna, 2014, p.104) e sem assistência de um profissional de saúde (Coolbrandt *et al.*, 2018, p.2). A evidência aqui analisada dá o alerta para a presença de sintomas físicos e psicológicos que muitas vezes podem ter um impacto negativo no bem-estar do doente e que, muitas vezes, não é percecionada como tal pelos profissionais de saúde (Jahn, *et al.*, 2009, p.105).

Neste âmbito, o estudo de Williams *et al.*, 2011, ao implementar um programa de melhoria do autocuidado dos doentes oncológicos sob QT, com intervenções de enfermagem desenvolvidas por um enfermeiro especialista em oncologia, verificou a redução de alguns efeitos adversos e melhoria global da qualidade de vida destes utentes.

Neste estudo, efeitos secundários como a fadiga, alopecia, distúrbios do sono e xerostomia, foram indicados como os efeitos secundários mais perturbadores para as pessoas que recebem QT. Os dados obtidos confirmam que a hierarquia dos sintomas anteriormente estabelecido, tendo as náuseas e os vómitos no topo, não são, para esta população, o sintoma que provoca maior *distress* (Williams, 2011, p.256).

De facto, os dados apontam que a intervenção do enfermeiro especialista em oncologia não afetou a qualidade de vida destas pessoas de forma positiva, conclusão que levou os autores a assumirem que, como não houve um levantamento real das necessidades das pessoas, mas sim, aplicada uma intervenção dirigida apenas para as náuseas, vômitos e anorexia, as necessidades dos doentes não foram satisfeitas e portanto não houve uma melhoria significativa da sua qualidade de vida (Williams, 2011, p.257).

Deste modo, posso concluir que, se os efeitos secundários dos tratamentos antineoplásicos são considerados pelos profissionais de saúde como menos ou mais impactantes na vida das pessoas, segundo uma hierarquia estabelecida na prática corrente, provocando a implementação de intervenções de enfermagem que não correspondem às expectativas dos doentes. Deste modo, estes resultados indicam que a intervenção de enfermagem deve abordar os vários efeitos secundários de forma abrangente e de forma sistemática (Jahn, *et al.*, 2009; Williams, 2011).

Como já foi referido anteriormente, na prática clínica do Hospital de Dia C, o enfermeiro que administra a QT valida com a pessoa/família a presença de toxicidades naquele dia e decorrentes do último ciclo, determinando então a necessidade de intervir realizando os ensinamentos necessários de forma informal. Contudo não há correlação entre o plano de cuidados implementado na CE, validação dos conhecimentos adquiridos entre ciclos, dos ganhos em saúde ou da capacidade para o autocuidado destas pessoas ao longo dos seguintes ciclos de QT.

Ainda, o registo desta intervenção de enfermagem, realizada junto dos cadeirões de QT ou durante a realização de procedimentos pré início da QT, é efetuado de forma informal, sem uma diretiva que oriente a avaliação e a intervenção de enfermagem. Também como já foi relatado anteriormente, o seu registo nos sistemas informáticos do Hospital de Dia C não é realizado por falta de suporte informático para tal, o que dificulta a obtenção de indicadores de resultado sensíveis às intervenções de enfermagem implementadas na CE.

Desta forma, no sentido de colmatar estas falhas definiu-se em reunião com a chefia, as linhas gerais orientadoras para a implementação de uma Consulta de Enfermagem Subsequente (CES), assim como, o desenvolvimento de um Guia de Boas Práticas desta consulta de enfermagem (APÊNDICE XVIII) de forma a uniformizar as práticas de enfermagem no acompanhamento à pessoa/família

submetida a QT, em contexto de HD C. Definiu-se igualmente que este manual evidenciasse, no seu enquadramento conceptual, a teoria de enfermagem que dá suporte à intervenção da equipa e a mais recente evidência científica sobre a capacitação para o autocuidado da pessoa/família submetida a QT.

Ainda, ficou definido que a CES seria para realizar pré 2º ciclo de QT ou, se assim se justificasse, pré 3º ciclo de QT. Deste modo, a CES poderia ser realizada tanto em gabinete privado como junto das pessoas já sentadas em cadeirão de QT, mas utilizando uma *Checklist* orientadora para tal.

Posto isto, o Guia de Boas Práticas da CES, foi desenvolvido tendo por base o Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da OE (RMDE, 2007) e foi discutido com a chefia de enfermagem e revisto pela Professora Orientadora da ESEL em simultâneo com o desenvolvimento de uma série de fórmulas dos indicadores de resultado pretendidos (APENDICE XIX).

A divulgação à equipa de enfermagem foi realizada de forma interativa na medida em que foi disponibilizado o documento e solicitado que todos os membros o lessem com o objetivo de provocar uma discussão reflexiva durante a sessão de formação de apresentação do projecto à equipa de enfermagem.

Ainda no primeiro objetivo específico foi estabelecido como actividade a elaboração de uma *Checklist* para a CES.

Devido ao contexto de ambulatório em que se administra terapêutica antineoplásica, a maioria dos sintomas adversos da QT desenvolvem-se no domicílio como já foi dito anteriormente (Coolbrandt, *et al.*, 2018; Roe & Lennan, 2014). Consequentemente, esta logística força as pessoas a gerirem os seus sintomas de forma ativa no seu domicílio. Neste âmbito, Coolbrandt *et al.* (2018, p.1 e 2), alertam que a eficácia de gerir a sintomatologia é baixa devido ao facto de as pessoas desvalorizarem os seus sintomas e de não os reportarem aos profissionais de forma fidedigna. Do mesmo modo, os doentes relatam falta de conhecimento e de experiência e altos níveis de necessidades não atendidas em relação ao suporte do seu autocuidado. Assim, sugere-se, apoiando-se na evidência, que maior carga de sintomas está associada a um autocuidado mais pobre.

Na forma como os doentes oncológicos sob QT, lidam com sintomas relacionados com o tratamento, surgem fatores comportamentais determinantes que explicam a gestão ineficaz de sintomas e, portanto, autocuidado inadequado. Entre

eles, a sensação de impotência, o desejo de esquecer o que estão a experienciar, esperando que a doença passe e que vivam normalmente, crença que a sintomatologia irá melhorar, barreiras e crenças à toma de medicação, barreiras de comunicação- falta de continuidade de cuidados, falta de interesse dos profissionais, falta de confiança por parte dos profissionais em lidar com a sintomatologia reportada, falta de conhecimento sobre os sinais de alarme, falta de conhecimento sobre como pedir ajuda- dificuldade em lidar com sintomatologia variada ao mesmo tempo, sentimento depressivo e finalmente, exaustão do cuidador (Coolbrandt *et al.*, 2018, pág. 5; Coolbrandt *et al.*, 2017, pág. 213). Estes fatores podem levar a uma gestão inadequada do autocuidado e dos sintomas adversos, assim como, a falhas a nível da comunicação da sintomatologia e avaliação das necessidades e sintomas reais da pessoa.

Relativamente a fatores ambientais determinantes, é referido a falta de conhecimento dos cuidadores e profissionais de saúde, crença de que nada pode ser feito, focagem apenas no tratamento e na cura, falta de preocupação ou falta de relação de proximidade, falta de tempo e foco apenas no apoio farmacológico (Coolbrandt, *et al.*, 2018, p.5). Estes fatores levam a que os profissionais de saúde desvalorizem e não detetem os sintomas da pessoa, nem que se encontrem disponíveis para se envolverem noutros papéis de cuidadores para além do ensino sobre sintomas.

A revisão *Scoping* realizada sustenta que a gestão de sintomas constitui um importante aspeto do atendimento oncológico e que os enfermeiros podem ajudar as pessoas na sua autogestão, nomeadamente dos seus sintomas. Neste sentido, é demonstrado que o uso de um padrão tipo *Checklist* de verificação/avaliação de sintomas relatados pelo doente aumenta a eficiência de avaliação e gestão de sintomas e uma validação sistemática da capacitação para o autocuidado das pessoas, assim como, constatação de ganhos em conhecimento e ganhos em saúde (William *et al.*, 2011; Jahn *et al.*, 2011; Coolbrandt *et al.*, 2017; Coolbrandt *et al.*, 2018).

Posto isto, com o apoio da chefia e da equipa de enfermagem foi desenvolvida a *Checklist* em apêndice (APÊNDICE XX) de forma a guiar a realização da CES e de modo a ser possível sistematizar e parametrizar a informação recolhida.

A criação desta *Checklist* demonstrou-se difícil dada a minha inexperiência e a complexidade das situações experienciadas pelos doentes. Em discussão com a

Enfermeira Chefe do HD C, definiu-se que a *Checklist* deveria seguir os Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem (OE, 2012). Destes Padrões foram incluídos os seguintes: **“Bem Estar e Autocuidado”, “Promoção da Saúde”, “A Prevenção de Complicações”** e a **“Readaptação Funcional”**.

Paralelamente à criação da *Checklist* e, de forma a uniformizar as práticas do HD C, desenvolvi Bilhetes de Identidade para cada efeito secundário abordado na CE utilizando um conjunto de intervenções de enfermagem, suportadas na evidência científica, desenvolvido pela ONS: os PEP® (PEP-*Putting Evidence into Practice*)- Este conjunto de intervenções tem como finalidade melhorar os resultados clínicos para as pessoas com doença oncológica submetidas a QT, melhorando a qualidade dos cuidados de enfermagem (APÊNDICE XXI). Elaborei igualmente um Guia de Boas Práticas para a utilização da *Checklist* e das Fórmulas dos Indicadores de Resultado para a CE do Hospital de Dia C (APÊNDICE XXII).

Esta *Checklist* foi ainda sustentada nas permissas da Teoria Do Autocuidado de Dorothea Orem, tendo sido conferido primeiro a possibilidade de utilização de escalas e questionários da sua autoria, mas que não se adequavam ao projeto.

Assim, a *Checklist* obedece, primeiro, à determinação dos requisitos de autocuidado e à determinação de competências para o autocuidado, depois à determinação da necessidade terapêutica e finalmente à mobilização de competências do enfermeiro e ao planeamento da assistência nos sistemas de enfermagem, no sistema do apoio-educação (Tomey & Alligood, 2004).

Como última atividade planeada para o primeiro objetivo específico, foi estabelecido a preparação de uma ferramenta informática para recolha, análise e obtenção de indicadores de resultado.

Para a organização e análise dos dados obtidos através *Checklist* das CES foi, de acordo com o discutido com a Enfermeira Chefe do HD C, desenvolvida uma base de dados eletrónica que permite a introdução dos dados e posteriormente a extração de indicadores de resultado pretendidos.

O segundo objetivo específico para o estágio C foi definido como **prestar cuidados de enfermagem a pessoas/famílias submetidas a QT**, estabelecendo como actividade a realização de CES a pessoas/famílias submetidas ao 1º ciclo de QT.

No decurso do estágio realizado no HD C foram diversas as oportunidades de prestar cuidados a pessoas submetidas a QT. Contudo, como resultado esperado para esta actividade, propus-me realizar 10 CES, atendendo ao tempo estipulado para executar esta actividade e conhecendo o local de estágio C.

Optei por implementar a CES a pessoas submetidas a QT independentemente do esquema terapêutico que iniciaram, de forma a acompanhar pessoas submetidas a diferentes tipos de terapêutica (adjuvante/neoadjuvante/paliativa), assim como, alarguei a minha actividade a pessoas submetidas até ao 3º ciclo de QT de forma a ser capaz de realizar o número de CES a que me propus na duração do estágio C.

Durante a realização das CES foram identificadas algumas dificuldades na adequação da *Checklist* aos objectivos pretendidos com o seu uso e, assim, sofreu alterações ao longo desta etapa, com vista a torná-la mais simples e fácil de aplicar.

A realização das CES foi proveitosa na medida em que me permitiu, primeiro, melhorar o instrumento utilizado para a sua realização, segundo, estabelecer relações terapêuticas com pessoas com doença oncológica, com os seus cuidadores e familiares, assim como, desenvolver uma prática profissional e ética ao demonstrar um comportamento profissional, assegurando sempre a confidencialidade e privacidade das pessoas e suas famílias. Na mesma medida, foi possível identificar as necessidades reais dos doentes e suas famílias após o primeiro ciclo de QT, possibilitando, por exemplo, referenciar uma pessoa para apoio psicológico e outras duas para apoio da nutrição. Tendo em conta os diagnósticos realizados na CES e salvaguardando a individualização dos cuidados, foi possível, de forma sistemática, realizar o levantamento das necessidades de educação dos doentes e suas famílias e actuar de acordo com esta avaliação, como é possível observar no registo realizado em apêndice (APÊNDICE XXIII).

Como terceiro e último objetivo específico para o estágio C foi definido **realizar sessão de formação sobre o projecto à equipa de enfermagem abordando as intervenções de enfermagem promotoras da capacitação para o autocuidado das pessoas sob QT**, tendo como atividade planeada a realização de uma Sessão de Formação à equipa de Enfermagem.

A formação à equipa de enfermagem decorreu numa única sessão, na sala da Enfermeira Chefe, com duração de 45 minutos, com a presença de >50% da equipa

de enfermagem. A sua divulgação foi realizada através da negociação de um horário compatível com a logística de cuidados do HD C.

Anteriormente à realização da sessão de formação, foi enviado a cada elemento da equipa os documentos desenvolvidos nas primeiras actividades (guia da CES e *Check list* da Consulta de Enfermagem Subsequente) para que houvesse oportunidade de discutir os pressupostos da CE e a capacitação para o autocuidado das pessoas e suas famílias, assim como, esclarecer aspectos práticos da implementação da CES e melhorias a realizar nos documentos. Esta partilha de informação teve como objectivo incentivar a equipa de enfermagem a colaborar no desenvolvimento e implementação prática do projecto que, como refere Ruivo *et al.*, 2010, envolve uma ideia de cooperação interdisciplinar, fazendo parte da metodologia de projecto envolver todos os intervenientes em que se centra, potenciando o seu prolongamento temporal.

Da sessão de formação, cujos ecrãs se encontram em apêndice (APÊNDICE XXIV), constou uma primeira parte onde enunciei os conceitos principais do presente projecto de intervenção e a metodologia utilizada, uma segunda parte onde expus os conhecimentos adquiridos ao longo dos estágios no Hospital de Dia A e Hospital de Dia B, dando ênfase às intervenções de enfermagem para a Capacitação para o Autocuidado da pessoa e família proposta para QT observadas nas CE destes HD e encontradas na evidência científica analisada. A terceira parte da apresentação serviu para falar sobre as actividades a decorrer no estágio C, para discussão das práticas e esclarecimento de dúvidas sobre os documentos enviados anteriormente.

Como resultado esperado para esta actividade apresento o APÊNDICE XXIV com os ecrãs da formação realizada.

3 AVALIAÇÃO

Segundo Ruivo *et al.*, 2010, a avaliação final de um projeto tem um papel preponderante e deve ser globalizante, implicando a verificação da obtenção dos objetivos definidos inicialmente. Neste sentido, é importante questionar a relevância destes e constatar se os mesmos foram ou não relevantes, e quais as possíveis justificações, utilizando neste processo de avaliação, a contemplação de várias vertentes de análise e de reflexão (Ruivo *et al.*, 2010, p. 25).

Deste modo, pretendo de seguida analisar de forma reflexiva sobre os contributos do desenvolvimento do presente projeto de intervenção para a aquisição das competências necessárias para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista na área de especialização de Pessoa em Situação Crónica e Paliativa e do grau de Mestre, assim como, avaliar os contributos da sua execução para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

O percurso de aprendizagem foi avaliado de forma contínua ao longo do desenvolvimento deste projeto, nos 3 estágios já mencionados, em conjunto com os orientadores clínicos e a professora orientadora da ESEL.

3.1 Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Especialista é, segundo o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista,

o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2010, p.2)

Deste modo, a definição das competências do enfermeiro especialista está de acordo com os domínios definidos como competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, ou seja, abrange um conjunto de competências clínicas avançadas, consequentes do aprofundamento de domínios do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2012).

Ainda, independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham, segundo o mesmo regulamento, de um grupo de domínios, consideradas competências comuns - a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação das pessoas e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (OE, 2010, pág. 2).

Assim, segundo o Artigo 4.º do Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista, os domínios das competências comuns são divididas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No domínio **da responsabilidade profissional, ética e legal**, pude, ao longo dos estágios realizados e através das diversas oportunidades de aprendizagens já analisadas no capítulo anterior, prestar cuidados ao doente oncológico e sua família, desenvolvendo uma prática profissional e ética, identificando no contexto da prática problemas éticos nos cuidados de enfermagem realizados, mobilizando e enaltecendo então, o respeito pelos princípios éticos na minha tomada de decisão, promovendo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Neste sentido, na colaboração e prestação de cuidados especializados à pessoa com doença oncológica submetida a QT, nomeadamente, na observação e realização de CE (estágio A e B), no decorrer da aplicação dos questionários orais do Estágio B e na execução das CES do estágio C, promovi sempre o direito da pessoa e da sua família à privacidade, respeito pelas suas escolhas e autodeterminação relativamente aos seus cuidados de saúde, respeitando as suas crenças, valores sociais e espirituais, assegurando ainda a confidencialidade e segurança dos dados obtidos. Procurei igualmente, refletindo continuamente sobre as práticas observadas e os dados obtidos em cada atividade realizada, a integração dos novos conhecimentos adquiridos na prática corrente, envolvendo as equipas multidisciplinares no desenvolvimento de práticas baseadas na evidência científica, por exemplo, durante a sessão de formação realizada à equipa A onde foi possível refletir sobre as

intervenções de enfermagem a serem desenvolvidas em contexto de CE e a sessão de formação realizada à equipa do contexto C onde foram analisadas as intervenções de enfermagem na capacitação para o autocuidado da pessoa e família proposta/submetida a QT, encontradas e observadas durante o desenvolvimento deste projeto.

No domínio da **melhoria contínua da qualidade**, considero que, no contexto da prestação dos cuidados especializados à pessoa e família proposta/submetida a QT, no âmbito da CE do HD C, tive a oportunidade de conceber, liderar e gerir um projeto de melhoria contínua da qualidade, desempenhando um papel de mudança dinâmica no desenvolvimento e suporte de iniciativas na área da clínica no âmbito deste curso. O recurso a uma metodologia de projeto permitiu o desenvolvimento de competências neste domínio, nomeadamente no aprofundamento de competências avançadas de diagnóstico de situação, identificação de oportunidades de melhoria dos cuidados, planeamento e identificação de uma estratégia no sentido da sua resolução e consequente execução deste projeto.

Assim a observação das CE do estágio A e B, paralelamente com a realização da revisão *Scoping* e a análise dos dados obtidos com a interligação da prática observada, contribuíram para o desenvolvimento desta competência, concretizando-se na elaboração do Guia de Boas Práticas para a CES, assim como a *Checklist* elaborada. Ainda neste domínio, o desenvolvimento de aptidões no planeamento estratégico do projeto como um meio para a melhoria contínua dos cuidados, através da implementação das CES, permitiu-me refletir sobre as dificuldades encontradas durante a sua realização, levando a um aprimorar do Guia de Boas Práticas e da *Checklist*.

No domínio da **gestão de cuidados**, entendo que desenvolvi competências de gestão de cuidados, participando na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados no contexto C, otimizando a resposta da equipa de enfermagem à pessoa e família proposta/submetida a QT, em contexto de CE, através da divulgação do projeto, propagando experiências de estágio e fomentando reflexões e discussões das práticas nas várias equipas dos estágios realizados. Procurei igualmente gerir o trabalho em equipa, adequando os recursos existentes às necessidades de cuidados, adotando uma posição de liderança no contexto C.

Gostaria igualmente de referir que, o presente projeto de intervenção, serviu como uma oportunidade de sistematizar a prática de enfermagem da CE, permitindo-me introduzir um sistema inovador de registos de enfermagem no acompanhamento dos doentes oncológicos submetidos a QT e ainda, permitiu-me debruçar no desenvolvimento de indicadores de resultado da prática, criando uma estratégia para a sua recolha e análise e consequente otimização da qualidade dos cuidados.

No domínio do desenvolvimento das **aprendizagens profissionais**, desenvolvi o autoconhecimento e a assertividade, ao desenvolver uma elevada consciência do eu enquanto pessoa e enfermeira, competência especialmente desenvolvida no estágio A durante a necessidade da identificação de fatores que podiam interferir no relacionamento terapêutico com o doente oncológico e sua família na realização da CE, competência orientada pela reflexão constante com a enfermeira orientadora deste estágio. No mesmo contexto, reconhecendo os meus recursos e limites pessoais e profissionais durante a implementação da CES no estágio C houve a realização e a consciencialização da influência pessoal na relação profissional, sendo capaz de distinguir a minha perceção do impacto da doença oncológica com o que era reportado pelas pessoas e suas famílias, sendo deste modo, as decisões tidas, durante todo o percurso de aprendizagem pessoal e profissional já analisada no capítulo anterior, baseadas na reflexão, análise e integração de descobertas a nível do autoconhecimento e de auto consciência de forma contínua.

Relativamente a competências relacionadas com o **desenvolvimento da praxis clínica especializada** baseada na evidência científica mais atual, elaborar uma Revisão *Scoping*, proporcionou-me a oportunidade de suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, sendo capaz de atuar como agente dinamizador e gestor da incorporação de novo conhecimento no contexto da prática clínica atual, investigando e colaborando em estudos de investigação, discutindo as implicações desta investigação (elaboração do poster no estágio B), e contribuindo para o desenvolvimento da prática clínica especializada, nomeadamente, adequação das intervenções de enfermagem da CE aos conhecimentos científicos encontrados durante os estágios, tomando iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática.

A realização de sessões formativas às equipas de enfermagem dos estágios proporcionou-me a oportunidade de providenciar formação em serviço, facilitando a

aprendizagem da equipa de enfermagem, no âmbito dos cuidados prestados às pessoas e famílias sob terapêutica antineoplásica.

3.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em pessoa em situação crónica e paliativa

No contexto do curso pós-licenciatura de especialização na vertente de enfermagem oncológica, passarei de seguida a analisar as competências específicas de enfermeiro especialista em contexto de cuidados à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

Deste modo, todos os estágios que realizei permitiram a prestação de cuidados a pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, aos seus cuidadores e familiares, tendo como objetivo a promoção da sua capacitação para o autocuidado, nas quais incluí especificamente, as pessoas/famílias sob QT, em contexto de cuidado em ambulatório. Esta prestação de cuidados foi desenvolvida no âmbito das intervenções de enfermagem utilizadas pelos enfermeiros para capacitar as pessoas e suas famílias a viverem com a doença oncológica, maximizando o seu bem-estar e capacidade para o autocuidado, como preconizado por Orem (2001), adquirindo ganhos em conhecimento e ganhos em saúde ao obterem capacitação para a gestão da doença oncológica assim como, ações de autocuidado para controlar e prevenir as complicações que advém do seu tratamento.

Considero que a análise e descrição dos cuidados prestados durante os estágios, assim como, o estudo caso desenvolvido no estágio B, permitiu-me compreender de forma aprofundada a importância de realizar um levantamento individualizado das necessidades das pessoas com doença crónica e terminal, assim como, distinguir as necessidades destas pessoas das necessidades dos seus cuidadores e familiares.

Foi igualmente importante a implementação de medidas de avaliação e de controlo dos sintomas adversos da administração de QT, cuja fundamentação suporta a intervenção do enfermeiro que, como Orem refere, age ou faz para o outro, guia e orienta, proporciona apoio físico e psicológico, proporciona e mantém um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e por último, ensina (Petronilho, 2012, p.7).

Durante o estágio B, compreendi de forma alargada que a satisfação dos cuidados de enfermagem depende das expectativas de cuidados dos doentes e das

suas particularidades socioeconómicas, estado de saúde e variáveis psicoemocionais. A identificação desta dificuldade em avaliar a qualidade dos cuidados em enfermagem, já evidenciada anteriormente no diagnóstico de situação deste projecto, proporcionou-me a oportunidade de compreender o impacto da doença oncológica na pessoa, família e profissionais de saúde, implementado desta forma, intervenções promotoras da capacitação para o autocuidado, baseadas na evidência científica, e implementado uma sistematização do processo de enfermagem inexistente informaticamente no contexto do HD C. Esta sistematização de avaliação da sintomatologia das pessoas/famílias após QT permitiu-me despistar situações de agudização de sintomas e direccionou a minha intervenção para a resposta às necessidades reais dos doentes e suas famílias.

A elaboração do Guia de Boas Práticas e da *Checklist*, segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem (OE, 2012) permitiu-me integrar competências de enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica, vertente oncológica, nomeadamente, ao conceber um instrumento que tem em **conta a prevenção de complicações** (antecipação das complicações decorrentes da doença oncológica, a parceria e reencaminhamento para outros profissionais de saúde de acordo com as respectivas necessidades das pessoas, a gestão adequada de protocolos e normas de boas práticas do contexto profissional C); que atua no âmbito do **autocuidado e bem-estar** (ao implementar um plano de cuidados individualizado em parceria com a pessoa e sua família, contribuindo para a promoção do autocuidado, diminuição do sofrimento e promoção da qualidade de vida, assim como, ao capacitar a pessoa, família e cuidador, em resposta ao bem-estar e melhoria da sua qualidade de vida). Permitiu-me igualmente desenvolver competências a nível da **readaptação funcional**, onde em conjunto com a pessoa/família, na CES, fui capaz de desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde e gestão da doença oncológica aguda ou crónica e finalmente, permitiu-me desenvolver competências a nível da **promoção da saúde**, onde como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, procurei de forma permanente a excelência do exercício profissional, ajudando a pessoa e sua família a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, a alcançarem o máximo potencial de saúde.

3.3 Competências específicas do *Cancer Nursing Education Framework* da *European Oncology Nursing Society* e Competências de Mestre

Com o presente projeto, desenvolvi também competências específicas segundo o *Cancer Nursing Education Framework* da *European Oncology Nursing Society* (EONS, 2018) e ainda, competências conducentes ao grau de Mestre.

Assim, destaco: “Providencia um ambiente de suporte onde doente e família são encorajados a partilhar as suas preocupações” (EONS, 2018, p.18); “Reconhece a importância da investigação em enfermagem na área do cancro” (EONS, 2018 p.46); “Conhece, aprofundadamente, os efeitos secundários – precoces e tardios – dos tratamentos para o cancro” (p.22), “Demonstra conhecimento da complexidade e múltiplas necessidades das pessoas com cancro e sua família na trajetória da sua doença” (p.22), “Trabalha em parceria com o doente com o objetivo de controlar os sintomas da doença e dos tratamentos” (p.28); “Discute as diferentes questões que precisam ser considerados de modo a apoiar e facilitar a tomada de decisão dos pacientes” (EONS, 2018 p.19) e “Descreve teorias de autogestão e de capacitação, bem como, intervenções de estilo de vida para melhorar a qualidade de vida” (p.28).

Relativamente à obtenção do grau de Mestre, é necessário demonstrar possuir conhecimentos e capacidades de compreensão, obtidos ao nível do 1º ciclo, aprofundados e de resolução de problemas em novas situações e em contextos alargados e multidisciplinares, assim como, saber aplicar os conhecimentos adquiridos em aplicações originais e em contexto de investigação, como é o caso do presente projeto. Assim, ao estabelecer relações terapêuticas com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, ao longo dos estágios aqui analisados, fui desenvolvendo a minha capacidade de integração de novos conhecimentos, em lidar com questões complexas e obter soluções, nomeadamente, ao desenvolver e ao implementar a CES.

Ainda neste âmbito, a realização da revisão da literatura, sessões de divulgação de resultados do projeto a outros profissionais, elaboração deste relatório e respetiva discussão pública a que me proponho, permitiu-me basear a minha *práxis* clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento, na evidência científica mais atual e aplicada ao cuidado oncológico, permitindo-me ainda “constituir uma base de desenvolvimento e aplicações originais, por exemplo em contexto de investigação”, assim como “Comunicar as suas conclusões e os conhecimentos adquiridos, e as

justificativas em que as sustenta, para audiências especializadas e não especializadas, de forma clara e inequívoca” (Diário da República, 1.ª série — N.º 121 — 25 de Junho de 2008, p. 3842).

3.4 Pontos fortes e pontos fracos

Ao realizar a análise e descrição do desenvolvimento deste projeto, surge a constatação dos seus pontos fortes e pontos fracos, elementos facilitadores e de constrangimento, encontrados no decorrer do mesmo, já previstos durante a análise SWOT efetuada anteriormente (APÊNDICE XXV).

Assim, como elementos dificultadores do projeto (fraquezas e ameaças) identifiquei que não existia nenhum instrumento de avaliação das estratégias usadas na CE para avaliar a capacitação para o autocuidado das pessoas, assim como, a existência de diferentes protocolos de QT, com efeitos adversos diversos. Elementos dificultadores de projeto ultrapassados ao definir que iria incluir todos os doentes oncológicos independentemente da patologia oncológica ou do protocolo de QT, abordando apenas os efeitos adversos mais frequentes da quimioterapia, assim como, mantendo a mesma decisão, ao desenvolver o Guia de Boas Práticas da CES e sua *Checklist*.

Ainda, enumerei como ameaças o facto do Guia da CE de 1ª vez não ser aplicado de igual modo, o que iria influenciar os dados obtidos, assim como, a dificuldade da parametrização das várias intervenções utilizadas na CE e sua avaliação. Neste sentido, estes pontos foram ultrapassados ao realizar a sessão de formação à equipa onde foram estipuladas as intervenções de enfermagem a implementar tanto na CE de 1ª vez como na CES. No mesmo sentido, foi elaborado e divulgado à equipa de enfermagem os Bilhetes de Identificação dos efeitos adversos mais frequentes da QT, assim como, estabelecidos quais os sinais/sintomas de alarme a incluir obrigatoriamente na educação à pessoa/família na CE de 1ª vez (APÊNDICE XXI), ultrapassando a dificuldade da parametrização das várias intervenções de enfermagem com o desenvolvimento da *Checklist* e da base de dados dos indicadores de resultado da prática de enfermagem da CE.

Relativamente aos elementos facilitadores ou pontos fortes do projeto (oportunidades e forças), evidenciei como pontos fortes o apoio da chefia e da equipa de enfermagem que se envolveram neste projeto, demonstrando permanente

disponibilidade e entusiasmo na sua implementação. Identifiquei igualmente como pontos fortes a minha motivação pessoal e profissional em aprofundar o tema da capacitação para o autocuidado e a obtenção de indicadores de resultado da prática.

Como oportunidades salientei a possibilidade de melhorar os cuidados de enfermagem prestados na Consulta de Enfermagem aos doentes oncológicos e aproximar as expectativas de cuidados das pessoas/famílias com a sua satisfação global dos cuidados, aspetos já analisados neste trabalho e que claramente o projeto responde.

3.5 Contributos da implementação do projeto na melhoria da qualidade dos cuidados prestados

Como referido anteriormente ao longo deste trabalho, a qualidade dos cuidados tem vindo a revelar-se como uma ação prioritária segundo a OE (2010), nomeadamente, havendo a necessidade de criar sistemas de saúde cuja qualidade seja avaliada, registada e analisada de forma sistemática. No que respeita à enfermagem, a OE tem vindo a definir estratégias de melhoria contínua da qualidade no âmbito do domínio específico do mandato social da profissão, considerando que o exercício profissional dos enfermeiros não pode ser “negligenciado ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (OE, 2012, pág.6).

Como destacado anteriormente, o presente projeto de intervenção permitiu o desenvolvimento de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2017)⁵, o que contribui para a minha prestação de cuidados como enfermeira especialista, nomeadamente:

- O estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa, família e cuidador que permita o envolvimento, negociação e uma parceria de cuidados;
- A promoção do potencial de saúde da pessoa a vivenciar processos médicos cirúrgicos complexos e na gestão da doença aguda ou crónica;

⁵ Este regulamento foi substituído pelo novo regulamento nº 429/2018 DR, 2ª série- nº35 de 16 de Julho 2018- Reg. das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgico na área de enfermagem à Pessoa em situação Paliativa.

- O ensino, instrução e treino de atividades que visem minimizar o impacto dos processos médicos e cirúrgicos complexos e a adaptação aos processos de transição saúde/doença;
- A capacitação da pessoa, família e cuidador na promoção, recuperação e manutenção da saúde e bem-estar;
- A antecipação das complicações decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e cirúrgicos complexos;
- A capacitação da pessoa, família e cuidador, em resposta ao bem-estar e melhoria da qualidade de vida.

Finalmente, ao implementar o presente projeto de intervenção no HD C, foi possível realizar atividades que estruturaram a prática no sentido de a melhorar, de forma contínua, funcionando este projeto, paralelamente, como ferramenta de auditoria das intervenções implementadas na CE de 1ª vez e CES, o que irá consequentemente proporcionar-me satisfação, como enfermeira especialista, relativamente:

- À qualidade do meu exercício profissional e a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem médico-cirúrgica, promotoras da qualidade.

3.6 Considerações Éticas do Projeto

Segundo Martins (2008, p.1), toda a investigação científica é uma ação de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes e deve ter por base a procura da verdade, rigor, isenção, persistência e humildade. Em enfermagem, o alvo da investigação é o Homem, as suas relações e vivências de saúde e doença. Assim, o desenvolvimento de projetos de investigação deve suscitar e responder a questões éticas de forma a regulamentar e controlar a investigação (p.2). Deste modo, ao longo deste Projeto, utilizei como principais suportes orientadores, o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015) e os Princípios da Bioética (Beauchamp & Childress, 2001). Especificamente, os princípios éticos da não maleficência, da beneficência, da autonomia e da justiça (Beauchamp & Childress, 2001), assim como, princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, nomeadamente, “o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes” (Artigo 102º, OE, 2015).

Assim, no que diz respeito às pessoas com quem contactei, todas foram informadas oralmente sobre o tema do projeto, os seus objetivos e durabilidade, pedindo sempre o seu consentimento para a observação das CE e posteriormente a realização das CES, estando implícito o dever de informação previsto no artigo 84º do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015), assim como, o direito de igualdade e autonomia dos indivíduos, que poderiam recusar a minha presença nas consultas e recusar a realização das CES, a qualquer momento.

Do mesmo modo, os dados obtidos com as atividades realizadas em estágio não foram divulgados a ninguém exterior à investigação, salvaguardando o dever de sigilo mencionado no Artigo 106.º (OE, 2015).

Considero ainda que, todas as intervenções de enfermagem realizadas foram baseadas nos princípios da beneficência e da justiça, pois agi de acordo com os interesses das pessoas e suas famílias, cuidando sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa (Artigo 102º e 103º, OE, 2015), aceitando as suas opiniões e escolhas, de acordo com os seus valores (Beauchamp & Childress, 2001).

4 CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

Considero que a elaboração do relatório aqui apresentado deu resposta aos objetivos definidos, permitindo relatar de forma crítica e reflexiva o percurso que desenvolvi no planeamento e execução do projeto de Intervenção e, consequentemente, analisar o desenvolvimento e avaliação das competências avançadas adquiridas no seu decorrer, requisitos necessários para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista na área de especialização de Pessoa em Situação Crónica e Paliativa e do grau de Mestre.

Neste relatório há a clara evidência do desenvolvimento de competências de enfermagem avançada, nomeadamente, análise e reflexão, capacidades de investigação, de raciocínio crítico e de argumentação em torno de um problema e, simultaneamente, o desenvolvimento de competências especializadas de pós – licenciatura, competências de Mestre enunciadas no regulamento do Mestrado da ESEL, que se suplementam com as competências de enfermeiro especialista definidas pela OE e pela EONS.

No final deste trabalho detenho uma maior capacidade em identificar, analisar e responder a questões da prática especializada dos cuidados de enfermagem à pessoa e família que inicia QT, possuindo um leque de conhecimentos diversos e aprofundados que sustentam a intervenção do enfermeiro na capacitação para o autocuidado destas pessoas, tendo em consideração a necessidade de avaliar as suas necessidades ao longo do seu percurso de doença, o que irá determinar a minha intervenção e a qualidade dos meus cuidados.

Posto isto, saliento o contributo da Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem, onde encontrei sustentação para implementar este projeto. Do mesmo modo, a realização dos diferentes estágios proporcionou-me ferramentas incontáveis e permitiu-me momentos cruciais de reflexão que me levaram a integrar conceitos e conhecimentos na prática.

Considero também que este projeto foi o primeiro esforço, em contexto de HD, para desenvolver uma ferramenta (ou instrumento) em formato digital (ou eletrónico) que permita a obtenção de indicadores de resultado das intervenções de enfermagem, o que irá implicar necessariamente, uma valorização do papel dos enfermeiros neste contexto.

Este relatório constitui o final de uma etapa académica, contudo, será o ponto de partida para a sua continuação através de novos projetos na prática. Neste sentido, embora não tivesse sido possível implementar um plano de cuidados com diagnósticos e intervenções dirigidas para a CE, devido a constrangimentos do próprio sistema informático, ficou evidenciada essa necessidade assim como os diagnósticos e as intervenções a incluir futuramente. Assim, pretendo participar num futuro próximo, na parametrização informática dos instrumentos aqui elaborados, acompanhar a sua implementação e inerente auditoria dos registos efetuados. Gostaria igualmente de submeter à Direção de Enfermagem o Guia de Boas Práticas da CES.

Penso que num futuro a médio prazo irei implementar a CES de forma eficaz, incluindo todas as pessoas/famílias submetidas a QT e incluindo toda a equipa de enfermagem na sua realização. Para tal terei de continuar a adaptar a *Checklist* consoante as dificuldades sentidas e aprimorar a base de dados. Para já ficou delineado com a chefia do Hospital de Dia C a alocação de tempo específico no meu horário de trabalho, todas as semanas, para introduzir os dados das *Checklist* realizadas, na base de dados.

Com os dados já obtidos das CES realizadas, notei a necessidade acrescida que as pessoas referem em controlar as Náuseas e os Vómitos após 1º QT, o que justifica a elaboração de um folheto informativo sobre este sintoma adverso com intervenções de enfermagem para o seu controlo e ações de autocuidado para a sua prevenção.

Usando este sintoma como exemplo, considero que o presente projeto irá futuramente proporcionar imensas oportunidades de melhoria dos cuidados e consequentemente, irá aumentar os ganhos em conhecimento, ganhos em saúde e capacitação para o autocuidado dos doentes oncológicos e suas famílias sob QT.

Relativamente à divulgação dos resultados obtidos com este projeto, iniciei já a sua divulgação com o Poster elaborado anteriormente, que pretendo dar continuação à sua divulgação em reuniões e em congressos, nomeadamente, no meu serviço e na minha instituição. Para além da publicação do presente relatório, pelo caráter inovador da utilização destes indicadores, pretendo escrever um artigo e publicá-lo, tornando-o num eventual instrumento de avaliação de resultados do trabalho dos enfermeiros na CE. Foi ainda acordado com a chefia do HD C que irei divulgar os dados obtidos à equipa de enfermagem, com uma periodicidade semestral, refletindo e implementando melhorias das práticas de enfermagem quando necessário.

Em jeito de remate, considero que este percurso foi estimulante e trabalhoso, proporcionando-me mais-valias a nível pessoal e profissional, mas também, uma contribuição para a excelência do exercício da profissão de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, C., & Menezes, R. A. (2015). Ensinar e aprender na consulta de enfermagem em braquiterapia ginecológica: perspectivas dos enfermeiros. *Revista enfermagem UERJ*, 1-6.
- Beauchamp, T.L; Childress, J.F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5ªed). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto.
- Chu, E., & DeVita, V. (2007). *CANCER CHEMOTHERAPY DRUG MANUAL*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2005). *CIPE/ICNP – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*. (Associação Portuguesa de Enfermeiros, Ed.) (3a ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Coolbrandt, A., Bruyninckx, E., Verslype, C., Steffens, E., Vabhive, E., H, W., & Milisen, K. (2017). Implementation and Use of a Patient Symptom Diary during Chemotherapy: A Mixed-Methods Evaluation of the Nurse Perspective. *Oncology Nursing Forum*.
- Coolbrandt, A., Wildiers, H., Aertgeerts, B., Dierckx de Casterlé, B., Van Achterberg, T., & Milisen, K. (2018). Systematic development of CHEMO-SUPPORT. A nursing intervention to support adult patients with cancer in dealing with chemotherapy-related symptoms at home. *BMC Nursing*.
- De Swardt, H. (2012). Guided reflection as a tool to deal with the theory–practice gap in critical care nursing students. *Health SA Gesondheid*, 1-9.
- Decreto-Lei n.º 107/2008 Diário da República, I Série (Nº 121/2008 de 2008-06-25), 3835 – 3853. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/107/2008/06/25/p/dre/pt/html>
- Despacho n.º 3653/2016 Diário da República, II Série (N.º 50/2016 de 2016-03-11).
- Direção Geral do Ensino Superior. (n.d.). *Descritores de Dublin*. Disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin>.

- Direção Geral de Saúde. (2017). *Plano Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan: Health Administration Press.
- Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes, The state of the science*. Toronto, Canada: Jones & Bartlett Learning.
- European Oncology Nursing Society (2018). *Cancer Nursing Education Framework*.
- Fleicher, S., French, M. (2015). Metodológicos de uma antropologia das doenças compridas. (42), 13-28.
- Furber, L., Bonas, S., Murtagh, G., & Thomas, A. (2015). Patients' experiences of an initial consultation in oncology: Knowing and not knowing. *British Journal of Health Psychology*. 261– 273.
- Godinho, N. (2014). Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Normas APA e ISO 690 (NO 405). Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal
- Griffiths, P., Armes, J., Finnegan-John, J., Wagland, R., Corner, J., & Richardson, A. (2011). *Quality in cancer care: Nurse sensitive indicators for ambulatory chemotherapy*. Southampton: King's College London & University of Southampton.
- Griffiths, P., Richardson, A., & Blackwell, R. (2009). *Nurse Sensitive Outcomes & Indicators in Ambulatory Chemotherapy*. London: Kings College London.
- Jahn, H., Renz, P., Stukenkemper, B., Kuss, O., Jordan, K., Horn, I., Landenberger, M. (2009). Reduction of chemotherapy-induced anorexia, nausea and emesis through a structured nursing intervention: a cluster-randomized multi-center trial. *Support Care Cancer*.
- JBI. (2015). Joanna Briggs Institute Reviewers Manual: edition/Supplement. *Methodology for JBI Scoping Reviews*.
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem* Vol. 12 N.º 2 2º Semestre de 2008, 62-65.
- McEvoy, L., & Duffy, A. (2008). Holistic practice- A concept analysis. *Nurse Education In Practice*, 412-419.

- Mitchell. (1998). Quality health outcomes model. *Journal of Nursing Scholarship*, 43-46.
- Oliveira, A., Ferreira, A., Alves, C., Freitas, C., Salgado, J., & Melo, S. P. (2019). Consulta de Enfermagem Primeira Vez em Hospital de Dia. Instrução de Trabalho, pp. 1-4.
- Oliveira, D. (2008). Projeto dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Portugal. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, (pp. 36-41). Lisboa.
- Oliveira, S., Queiroz, A., Matos, D., Moura, A., & Lima, F. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revisão Brasileira de Enfermagem*, 155-161.
- Oncology Nursing Society (2020). Putting Evidence Into Practice (PEP). Disponível em: <https://www.ons.org/explore-resources/pep/pep-rating-system-overview>
- Oncology Nursing Society. (2008). Oncology Clinical Nurse Specialist Competências.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Programa da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001) *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vf2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Orem, D. (2001). *Nursing. Concepts of practice* (6ª ed.). Mosby: St. Louis
- Paz, O., Sherida, K., Queiroz, O., Paula, a., & de Melo Matos, D. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 155-161.
- Pereira, P. (2011). Salvar a Pessoa: Contributos para a competência cultural dos enfermeiros nos processos de doença. *Pensar Enfermagem*, 15 (2), 14-22.
- Petronilho, F. (2012). Autocuidado. Conceito central da Enfermagem. Lisboa: Formasau.
- Portaria n.º 19/2012 (2012). Diário da República, I Série (Nº 19/2012 de 2012-01-20), 351 – 352. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/19/2012/01/20/p/dre/pt/html>
- Portaria nº 82/2014 (2014). Diário da República, I Série (N.º 71/2014 de 2014-04-10), 2364 – 2366. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/82/2014/04/10/p/dre/pt/html>
- Ramos, A., Fonseca, C., Coelho, I., Guia, S., & Santos, V. (2016). Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem na pessoa em situação oncológica: *Journal of Aging & Innovation*, 10- 28.
- Regulamento n.º 188/2015 Diário da República, II Série (N.º 78/2015 de 2015-04-22), 188/2015. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.
- Ricou, C; Sánchez, J; Ponte, S. (2018). Hospital de Dia de Oncologia. Norma de Procedimento. CONSULTA DE ENFERMAGEM ONCOLÓGICA. Acessível no Hospital São Francisco Xavier, Lisboa, Portugal.
- Roe, H., & Lennan, E. (2014). Role of nurses in the assessment and management of chemotherapy-related side effects in cancer patients. *Nursing: Research and Reviews*, 103-115.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1 – 37. Doi: ISSN 1646-5067
- Sá, E., Lopes MAP., & Basto, ML. (2019). Antineoplastic therapy administration: Nursing intervention in the relief of suffering. *Rev Bras Enfermagem*, 177-82.

- Santis, M., Hervas, C., & Weinman, A. (2018). Patient Empowerment. *Action data and policie for rare diseases*. Roma: Health Programme for the European Union.
- Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). Training to practice: Importance of Self-Care Theory in Nursing Process for improving care. *Journal of Aging & Innovation*, 6 (1): 51.
- Santos, C., Frias, S. (2013). Hospital de Dia de Hematologia. Projeto de Consulta de Enfermagem ao Doente Hemato-Oncológico. Acessível no Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal.
- Silva, A. (2006). Sistemas de Informação em Enfermagem - Uma Teoria Explicativa da Mudança. Coimbra: Edição Formasau. ISBN 978-972-8485-76-4.
- Silvestre, M. C. (2012). Os Registos de Enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas? (Dissertação de Mestrado).
- Taylor, Susan. (2004). Teoria do défice de autocuidado de enfermagem. Lisboa: Lusociência.
- Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem). 5ª Edição. Loures: Lusociência.
- William, P., Williams, K., Roling, S., Johnson, R., & Williams, A. (2011). An Intervention to Manage Patient-Reported Symptoms during Cancer Treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*.
- World Health Organization (2003). *Adherence to longterm therapies: Evidence for action*. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherencereporte/en>
- World Health Organization (2008). *Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Background Paper*. Canberra: Biotext Pty Ltd.
- World Health Organization (2018). *Cancer Today*. Obtido em 28 de Julho de 2019, de GLOBOCAN. Disponível em: <http://gco.iarc.fr/today/home>

APÊNDICES

APÊNDICE I- Cronograma do Projeto

APÊNDICE I- Cronograma do Projeto

[illegible]

APÊNDICE II- Calendarização das atividade

APÊNDICE II -Calendarização das atividades

ANO 2019/2020																							
Meses		Set	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro			
Dias		23 A 27	30 A 04	07 A 11	14 A 18	21 A 25	28 A 01	04 A 08	11 A 15	18 A 22	25 A 29	02 A 06	09 A 13	16 A 20	23 A 03	06 A 10	13 A 17	20 A 24	27 A 31	03 A 07	10 A 14	17 A 21	24 A 28
Atividades	1A. REALIZAÇÃO DE UMA REVISÃO SCOPING SOBRE AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA ADAPTAÇÃO À QUIMIOTERAPIA														Férias de Natal								
	1B. OBSERVAÇÃO (ESTRUTURADA, NÃO PARTICIPANTE) DAS																						

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

APÊNDICE III- Levantamento das necessidades de educação das pessoas e
famílias do Hospital de Dia A

APÊNDICE III- Levantamento das necessidades de educação das pessoas e famílias do Hospital de Dia A

Consultas de Enfermagem Observadas (Estruturadas, não participante) no Hospital de Dia A

1. CONHECIMENTO SOBRE A SAÚDE	
1.1 Doença	✓ Etiologia
	✓ Sinais e Sintomas
	✓ Efeitos locais e sistêmicos
	✓ Evolução
	✓ Doenças Intercorrentes
	✓ Prognóstico

1.2 Tratamento	✓ Tipo e duração
	✓ Periodicidade e nº de ciclos preconizados
	✓ Efeitos expectáveis

1.3 Ensinos sobre medidas a tomar perante:	✓ Alteração da Temperatura corporal;
	✓ Sinais de hemorragia;
	✓ Alteração cutânea;
	✓ Alteração respiratória;
	✓ Alteração neurológica;
	✓ Alteração da eliminação

2. CONHECIMENTOS SOBRE ADAPTAÇÃO DAS AVD À SITUAÇÃO Clínica	
	✓ Padrão respiratório do próprio
	✓ Estratégias de compensação respiratória
	✓ Reconhecimento de sinais e sintomas de afeção respiratória

2.2 Aporte Nutricional	✓ Padrão adequado e adaptado de ingestão de alimentos
	✓ Padrão adequado e adaptado de ingestão de líquidos
	✓ Controlo do peso
	✓ Suplementos

2.3 Segurança Alimentar	✓ Higienização das mãos
	✓ Higienização dos alimentos; alimentos a evitar;
	✓ Controlo adequado da temperatura de conservação, preparação e confeção (cozedura completa dos alimentos);
	✓ Higienização e desinfeção dos equipamentos;
	✓ Tratamento de Resíduos

2.4 Eliminação	✓ Padrão de eliminação apropriado
	✓ Estratégias facilitadoras de regulação

2.5 Higiene Pessoal, Vestuário e Calçado	✓ Cuidados na higienização das mãos
	✓ Cuidados na higiene oral
	✓ Alteração da cavidade oral
	✓ Cuidados na higiene corporal
	✓ Cuidados à pele, próteses capilares, unhas e mucosas
	✓ Cuidados no barbear/depilação
	✓ Uso, limpeza e manutenção do vestuário e calçado

2.6 Temperatura Corporal	✓ Estratégia para gerir a temperatura corporal
	✓ Ajudas técnicas
	✓ Dispositivos de climatização

2.7 Movimento e Posição	✓ Importância de manutenção da atividade física
	✓ Ajuste de atividade
	✓ Riscos associados á imobilidade
	✓ Estratégia facilitadora para a atividade física (uso de bicicleta fixa ou exercício isométricos)
	✓ Importância de realizar atividades ao ar livre – dispositivos de proteção (chapéu, protetor solar)
	✓ Ajudas técnicas

2.8 Atividade Familiar e Social	✓ Importância do convívio com amigos e familiares
	✓ Estratégia de manutenção/adaptação ao papel familiar
	✓ Restrições aos locais de convívio
	✓ Restrições ao convívio- nº de pessoais, contacto com pessoas doentes ou vacinadas recentemente
	✓ Ajuste ao contacto com animais de estimação

2.9 Trabalho e Lazer	✓ Importância dos principais papéis e responsabilidades pessoais
	✓ Recursos de proximidade ao trabalho/escola
	✓ Adaptação das atividades de Lazer

2.10 Sono e Descanso	✓ Respeitar períodos de repouso
	✓ Estratégia para estimular atividade durante o dia
	✓ Estratégia para adequar os períodos de sono/vigília
	✓ Estratégia para gerir os períodos de sono/vigília

2.11 Sexualidade	✓ Reconhecer a importância de informar sobre alterações (amenorreia, andropausa e alterações)
	✓ Restrições ao contacto sexual (higiene do parceiro, contraceptivos de barreira, valores analíticos- plaquetas)
	✓ Estratégia facilitadoras de afeto
	✓ Estratégia facilitadora para a promoção da auto imagem
	✓ Estratégias facilitadoras da expressão da feminilidade/masculinidade

3. GESTÃO DOS CUIDADOS PARA A SAUDE	
3.1 Segurança do Ambiente	✓ Cuidados na Higienização das mãos;
	✓ Restrições do convívio;
	✓ Estratégias de Adequação aos locais públicos;
	✓ Higienização da Habitação;
	✓ Evitar contacto com dejetos de animais;
	✓ Ajuste ao contacto com animais de estimação;
	✓ Estratégias de adequação do ambiente externo;
	✓ Importância da adesão a práticas de saúde preventivas
	✓ Cuidado com dispositivos médicos (algalias, cateter central)
3.2 Terapêutica e Medicação	✓ Gestão das tomas
	✓ Posologia, modo de administração e armazenamento
	✓ Advertência e precaução de utilização
	✓ Importância da adesão terapêutica

3.3 Intervenções de Cuidados de Saúde	✓ Reconhece a importância de informar sobre a sua condição
	✓ Revacinação ou vacinação sazonal

4. SITUAÇÕES ESPECIAIS	
4.1 Viagens	✓ Gestão do plano da viagem- tipo de transportes, alojamento, saneamento e acesso a serviços de saúde
	✓ Acompanhamento com medicação e relatórios médicos- Autorização para transporte da medicação
	✓ Consulta do viajante
	✓ “Kit” médico de higiene pessoal complementar
	✓ Vestuário, calçado e acessórios adequados ao destino

1. ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS CUIDADOS DE SAÚDE	✓ Consulta de Enfermagem
	✓ Psicólogo
	✓ Dietista
	✓ Centro de saúde
	✓ Assistente Social
	✓ Outro (qual) _____

2. APOIO AO DOENTE	
6.1 Contactos	✓ Contacto do Hospital
	✓ Contacto do Serviço
	✓ Contacto do Enfermeiro de Referência
6.2 Recursos da Comunidade	✓ Associações de Apoio
	✓ Identificação de benefícios fiscais
	✓ Documentação informativa

APÊNDICE IV- Revisão *Scoping* da Literatura

APÊNDICE IV- Revisão *Scoping* da Literatura

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º Curso de Mestrado em Enfermagem

Intervenções de Enfermagem de Capacitação da Pessoa submetida a Quimioterapia: revisão *Scoping*

Mafalda Santana Lopes Nº 8893

- **Sumário**

Em Portugal, à semelhança de outros países da Europa, o tratamento das doenças oncológicas utilizando quimioterapia, imunoterapia e radioterapia, é realizada em contexto de cuidados em ambulatório (Hospital de Dia), sendo a percentagem deste tratamento em internamento, diminuta. Assiste-se assim, a uma ambulatorização dos cuidados de saúde prestados ao doente oncológico.

Assim, a Consulta de Enfermagem (CE) constitui um momento formal em que o enfermeiro centra a sua atividade no doente/família/cuidador, com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem de forma holística, proporcionando ao utente informação geradora de capacitação de forma a maximizar o seu bem-estar, desenvolvimento de estratégias de adaptação à doença e aumento da sua qualidade de vida (Olivera, Queiroz, Matos, Moura, & Lima, 2012). Embora se preconize uma intervenção estruturada, é importante implementar uma abordagem adequada ao doente em questão, respeitando a sua situação sociocultural, características culturais e religiosas, preferências e valores pessoais, tipo de doença e seu estágio e impacto psicológico perante o diagnóstico oncológico (Oliveira et al., 2012).

Esta revisão da literatura pretende sumariar as intervenções de enfermagem que podem ser implementadas, em contexto de Consulta de Enfermagem, no cuidado do doente submetido a terapêuticas antineoplásicas endovenosas e orais. Tendo como objetivo a melhoria contínua dos cuidados

prestados, nomeadamente a capacitação do doente/família para gerir os efeitos adversos destes tratamentos, aumentado a sua qualidade de vida e adesão ao seu plano terapêutico.

- **Objetivos**

A revisão *Scoping* tem como objetivo mapear os conceitos de um determinado tópico que se pretende pesquisar, assim como, clarificar definições e os limites conceituais do tema escolhido. Esta revisão é realizada também com o objetivo de obter toda a evidência disponível que poderá ser utilizada de forma preliminar para a realização da revisão sistemática da literatura (JBI, 2015).

Desta forma, o objetivo do presente trabalho é mapear os conceitos existentes na literatura, incluindo artigos de investigação, *guidelines* e literatura cinzenta, de forma a identificar a melhor evidência disponível sobre a intervenção de enfermagem para a Capacitação da Pessoa submetida a Quimioterapia (QT), em contexto de Consulta de Enfermagem (CE).

Palavras-chave: Enfermagem, Autocuidado, Terapêutica Antineoplásica.

- **Background**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*, 2008), o cancro é a segunda principal causa de morte em todo o mundo e é responsável por cerca de 9,6 milhões de mortes em 2018. Em Portugal, a realidade é similar como é possível constatar no Plano Nacional para as Doenças Oncológicas de 2017 (DGS, 2017). Este relatório declara que, à semelhança do resto da Europa, há um aumento regular da incidência de cancro no nosso país, com uma taxa constante de aproximadamente 3% ao ano. Este aumento é justificado com o envelhecimento da população e as modificações de estilos de vida, o aumento da taxa de sucesso no tratamento do cancro em si e de outras patologias.

Neste âmbito, a doença oncológica é considerada como uma doença crónica, havendo uma necessidade gradual de mudança dos paradigmas de cuidados de saúde, nomeadamente, em enfermagem.

Assim, os **enfermeiros** detêm a capacidade de identificar o impacto do cancro no bem-estar físico, psicológico, emocional, espiritual e social das pessoas e suas famílias, implementando intervenções de enfermagem baseadas na evidência, de forma a avaliar, prevenir e gerir as consequências que a doença oncológica acarreta no seu dia-a-dia, adaptado a sua ação à fase de doença em que se encontram, desenvolvendo um plano de cuidados individualizado (EONS, 2018; OE, 2010).

Neste contexto, Araújo & Menezes (2015) indicam que os doentes procuram a consulta de enfermagem (CE) para orientação da prática de autocuidado. Perante o diagnóstico de uma patologia crónica ou de alta gravidade, as pessoas encaram a CE como uma oportunidade de adquirir informações sobre a sua doença e tratamento, sendo a ação do enfermeiro orientar o doente conforme as suas necessidades para a promoção e recuperação da saúde (Paz et al., 2012, Pág. 7)

Segundo Petronilho (2012), o **autocuidado** depreende um conceito complexo e multidimensional que tem evoluído ao longo do tempo e que está associado à independência e responsabilidade pessoal. O mesmo autor complementa a definição de autocuidado, referindo que, pode ser contextualizado como um processo inato de saúde e bem-estar, mas também, como um processo aprendido face aos processos de saúde-doença dos doentes.

Nesta perspetiva, os indivíduos levam a cabo comportamentos de procura de saúde, em que o resultado de promoção da saúde e das intervenções para gerir a doença, visam melhorar os problemas de saúde física e psicossocial, assim como, a condição de saúde geral dos doentes (Sidani, 2011 *in* Petronilho, 2012, pág. 6).

De igual modo, A CE é definida pelo Ministério da Saúde como uma “intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade para o autocuidado. É referido igualmente no Plano Nacional de Saúde (PNS, 2015) a importância de colocar o doente, com as suas necessidades e expectativas, no centro do sistema, englobando a sua participação e a capacitação dos doentes, famílias e cuidadores informais, integrados num quadro de melhoria contínua da qualidade, as ações de

promoção da saúde e de prevenção das doenças, promoção do autocuidado, alteração de estilos de vida e comportamentos de risco e o acesso adequado aos recursos de saúde existentes (DGS, 2013, pág.48).

A implementação de programas de gestão de doença, envolvendo o doente/família na tomada de decisão informada e na coorganização dos seus cuidados, resultam na maior adesão terapêutica, melhor qualidade de vida do doente e ganhos em saúde assentes na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde integrada numa partilha de responsabilidade em rede (DGS, 2013, pág.49)

Assim, a consulta de enfermagem insere-se como uma ferramenta de trabalho que favorece o autocuidado, à medida que os doentes desenvolvem habilidades próprias de adaptação à doença e melhoria da sua qualidade de vida. Por meio da CE, o enfermeiro exerce completa autonomia para desenvolver estratégias de cuidado abrangentes para a promoção da saúde da pessoa, da família ou da comunidade, cumprindo a sua principal função como educador em saúde, tanto na prevenção, como na identificação e tratamento de complicações e efeitos colaterais, nomeadamente, os efeitos secundários que advêm da administração de agentes antineoplásicos (Paz et al., 2012, Pág. 5)

Em Portugal, à semelhança de outros países da Europa, o tratamento das doenças oncológicas utilizando quimioterapia, imunoterapia e radioterapia, é realizada em contexto de cuidados em ambulatório (Hospital de Dia), sendo a percentagem de realização destes tratamentos em contexto de internamento, diminuta. Assiste-se assim, a uma ambulatorização dos cuidados de saúde prestados ao doente oncológico.

Deste modo, a CE constitui um momento formal em que o enfermeiro centra a sua atividade no doente/família/cuidador, com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem de forma holística, proporcionando ao utente informação geradora de capacitação de forma a maximizar o seu bem-estar, desenvolvimento de estratégias de adaptação à doença e aumento da sua qualidade de vida (Paz et al., 2012, Pág. 6).

- **Questão de revisão *Scoping*/objetivo**

Neste âmbito, o presente trabalho teve como ponto de partida uma questão que foi elaborada em conformidade com a mnemónica **PCC**, de acordo com *Joanna Briggs Institute* (2015), em que o **P** se refere à **População**, o **C** a **Conceito** e o último **C**, a **Contexto**. O objetivo do uso desta mnemónica é conceber um quadro de referência para explorar e conduzir a revisão de forma sistemática e completa (JBI, 2015). Assim, a questão da revisão *Scoping* aqui elaborada é a seguinte:

- ✓ **Quais as intervenções de enfermagem, na Consulta de Enfermagem, para a Capacitação da Pessoa submetida a Quimioterapia em Ambulatório?**
E o Título:
- ✓ **Intervenções de Enfermagem de Capacitação da Pessoa submetida a Quimioterapia: revisão *Scoping***

- **Critérios de Inclusão**

Tipos de Participantes

Para este protocolo decidi incluir todos os enfermeiros com experiência em oncologia, independente dos anos de experiência profissional, assim como incluir todos os doentes oncológicos, independentemente da doença oncológica, de idade adulta. Estas escolhas justificam-se pela comparação com a realidade profissional da revisora que cuida apenas de doentes adultos com variadas patologias oncológicas.

Conceitos

Os conceitos principais da revisão *Scoping* devem ser articulados de forma clara a guiar o objetivo e a amplitude da revisão proposta. Para este estudo, “intervenção de enfermagem” foi definida como a “ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com finalidade de produzir um resultado de enfermagem” (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2005), podendo incluir todas as ações de educação do doente, estratégias de adequação de comportamentos de procura de saúde e prevenção da doença,

estratégias de controlo de sintomas adversos, suporte emocional e estratégias de capacitação com vista à gestão do doente do seu autocuidado.

Deste modo serão considerados todos os estudos que se focam nas estratégias de Capacitação do doente oncológico submetido a QT.

Contexto

Os estudos incluídos deverão abordar o fenómeno das intervenções de enfermagem utilizadas pelos enfermeiros, com os doentes oncológicos proposto para QT, apenas em contexto Hospitalar.

Tipos de estudo

Esta revisão considera todos os tipos de estudo que respeitem os critérios de inclusão relativos ao tipo de participantes, conceitos e contexto supramencionados, sem definir um intervalo de tempo. Poderá incluir estudos quantitativos e qualitativos. Os estudos quantitativos poderão incluir estudos experimentais e observacionais, incluindo ensaios randomizados controlados, não randomizados controlados, quási-experimentais,

- **Metodologia de Revisão**

Estratégias de Pesquisa

A estratégia de pesquisa para a revisão *Scoping* deve ser abrangente de forma a identificar tanto artigos publicados como artigos não publicado, ou literatura cinzenta, estudos primários e revisões. A minha pesquisa foi efetuada segundo as recomendações do JBI (2015) e, como tal, foi se desenvolvendo a partir da realização de três fases consecutivas de pesquisa.

Na fase inicial foram introduzidas as palavras, construídas a partir da linguagem natural resultante da temática proposta. Estas palavras foram introduzidas em duas bases de dados, MEDLINE e CINAHL. Em seguida foi realizada uma análise dita “vertical” dos títulos, dos resumos e dos termos indexados usados para descrever os artigos encontrados. Na segunda fase, procedeu-se à utilização das palavras-chave identificadas anteriormente e os termos indexados, nas bases de dados supramencionadas. Na terceira fase de

pesquisa, as listas de referência de todos os relatórios e artigos foram utilizadas de forma a realizar pesquisa adicional.

Decidi incluir estudos que sejam escritos em Português e em Inglês (por ser a língua mais utilizada para artigos científicos) e não foi definido um período temporal dos estudos pretendido por não se considerar relevante para o fenômeno em análise.

De forma a aumentar a sensibilidade na pesquisa e porque a questão formulada é ampla, decidi ser apropriado pesquisar em todas as fontes de evidência, nomeadamente, estudo primários, artigos e textos de opinião, simultaneamente com a minha estratégia de pesquisa definida.

Após isto, foram encontrados os termos de indexação correspondentes às palavras-chaves em linguagem natural, nos dicionários de indexação das bases de dados, operacionalizando-se os descritores em expressões booleanas AND e OR, construindo códigos de pesquisa. Todos os termos indexados foram antecidos por “MM” (Major Concept) e os descritores operacionalizados através das expressões booleanas AND (e) e OR (ou), formando códigos de pesquisa, que se encontram aqui esquematizados.

	Descritores MEDLINE	Descritores CINAHL
P	<ul style="list-style-type: none">• <i>Nurses</i>• <i>Nursing Staff</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Nurses</i>• <i>Staff Nurse</i>• <i>Oncologic Nursing</i>
	<ul style="list-style-type: none">• <i>Patients</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Cancer Patients</i>• <i>Patients</i>
C	<ul style="list-style-type: none">• <i>Self Care</i>• <i>Self Management</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Self Care</i>• <i>Self Management</i>
C	<ul style="list-style-type: none">• <i>Antineoplastic infusion</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Antineoplastic Agents;</i>• <i>Chemotherapy, cancer</i>

As palavras-chave utilizadas foram: *Nurses, Patients, Selfcare e Antineoplastic infusions.*

- **Resultados**

Seleção dos resultados

A pesquisa em bases de dados revelou 34 artigos potencialmente relevantes. Selecionaram-se apenas os artigos que se encontravam disponíveis com o texto integral, obtendo-se então 27 artigos.

Aplicando os critérios de inclusão, obtive 25 artigos. Depois de revistos os títulos e resumos dos 25 artigos, 19 foram excluídos porque não iam ao encontro dos critérios de inclusão. Deste modo, foram incluídos nesta revisão 6 artigos.

Assim, e atendendo que o objetivo da presente revisão é mapear os conceitos existentes na literatura de forma a identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a Capacitação da pessoa proposta para quimioterapia, os resultados serão apresentados sob a forma de uma tabela com as diferentes estratégias encontradas em cada artigo.

Pesquisa MEDLINE	
[(Nurses) OR (Nursing Staff)]	S34 – 45,5448 resultados
[(Patients)]	S16- 13,074 resultados
S34 AND S27	S5- 305 resultados
[(Self Care) OR (Self-Management)]	S36 – 18,760 Resultados
[(Antineoplastic Agents) OR (Chemotherapy, cancer)]	S33- 190, 648 resultados
S35 AND S36 AND S33	S37- 63 Resultados
Texto Completo + Inglês	S38- 25 Resultados

Pesquisa CINAHL	
[(Nurses) OR (Staff Nurse) OR (Oncologic Nursing)] [(Patients) OR (Cancer Patients)] S15 AND S14	S14 – 47,594 resultados S15- 25.333 resultados S17-
[(Self Care) OR (Self-Management)]	S17- 26,555
[(Antineoplastic Agents) OR (Chemotherapy, cancer)]	S19- 45.142 resultados
S15 AND S16 AND S19	S20- 9 Resultados
Texto Completo + Inglês	S21- 2 Resultados

APÊNDICE V- Tabela com artigos e estratégias encontradas da Revisão
Scoping

APÊNDICE V- Tabela com artigos e estratégias encontradas da Revisão *Scoping* e Mapeamento dos Resultados

Autor, Ano, Título do Estudo/Artigo, Publicação	Antineoplastic therapy administration: Nursing intervention in the relief of suffering. Sá, E, Lopes MAP, Basto ML 2018
Objetivos do estudo/ Questão de Investigação	Identificar intervenções de enfermagem com o potencial de atuar sobre o sofrimento e avaliar os resultados da intervenção de enfermagem criada
Desenho do Estudo e Metodologia	Estudo multimétodo, pesquisa qualitativa Estudo piloto quase experimental, longitudinal
Participantes	Enfermeiros de unidades de Hemato-Oncologia e os doentes admitidos no período de realização do estudo.
Resultados/Conclusões	As diferenças encontradas no estudo <i>quasi</i> -experimental indicam que o nível de sofrimento, dor e distress no grupo experimental era menor que o grupo de controlo. Estes resultados positivos eram baseados em 2 fatores: o primeiro remete para o método implementado no protocolo de intervenção e o segundo remete-nos para o método de trabalho individual dos enfermeiros que cuidavam dos mesmos utentes de forma contínua. Apesar da limitação do estudo, ficou confirmada a importância dos cuidados de enfermagem focados nas necessidades e sentimentos da pessoa doente e não na sua doença. É descrito que enfermeiros dotados de

	<p>conhecimentos técnicos sobre administração de quimioterapia, cancro e cuidados centrados no doente, deram aos pacientes uma sensação de segurança e de apoio, colocando os enfermeiros que providenciam os doentes com informação e apoio durante os ciclos de quimioterapia, como profissionais com um papel de privilégio e de relevância.</p> <p>O estudo revela que embora a administração de quimioterapia parta de uma prescrição médica, ao ser realizada de forma integrada e centrada nas características únicas da pessoa doente e da sua experiência como doente, tem um impacto positivo, embora sem significado estatístico. O mesmo estudo revela que, de forma a diminuir o sofrimento (físico, emocional.), os cuidados de enfermagem devem ser centrados no doente e na sua experiência única de doença e que as intervenções de enfermagem devem ser baseadas no conhecimento sobre o doente e o propósito terapêutico.</p>
--	--

Autor, Ano, Título do Estudo/Artigo, Publicação	An Intervention to Manage Patient-Reported Symptoms During Cancer Treatment. Phoebe D. Williams, Kirstin Williams, Stephanie LaFaver-Roling, Renee Johnson, Arthur R. Williams Clinical Journal of Oncology Nursing; Volume 15, Number 3 • Evidence-Based Practice 2011
Objetivos do estudo/ Questão de Investigação	O estudo procurou responder à pergunta: Quais são os efeitos de uma intervenção de enfermagem focada no ensino de sintoma aos pacientes à medida que realizam terapias antineoplásicas? O resultado primário medido foi a ocorrência de sintomas e gravidade; medidas secundárias foram o estado funcional e a qualidade de vida relacionada com a saúde.

Desenho do Estudo e Metodologia	Estudo randomizados controlado
Participantes	<p>Doentes oncológicos que pertencem à instituição onde o estudo foi realizado;</p> <p>Os investigadores usaram uma amostragem de improbabilidade e randomizada de participantes elegíveis no controle e grupos de intervenção. Foram selecionados doentes recém-diagnosticados com doença oncológica, adultos e que concordaram em participar no estudo.</p>
Resultados/Conclusões	<p>O estudo demonstra que abordagens cognitivo-comportamentais, cujo foco é a resolução de problemas, aquisição de informação, gestão do autocuidado e dos efeitos adversos e no apoio emocional e social, foram encontradas como estratégias que melhoram significativamente a qualidade de vida dos pacientes e o seu funcionamento em geral. A revisão da literatura realizada demonstrou que a gestão de sintomas dos pacientes é um importante aspeto do atendimento oncológico e que os enfermeiros podem ajudar as pessoas na sua autogestão, nomeadamente dos seus sintomas, recorrendo a métodos estabelecidos, através de um programa de educação e de <i>follow up</i>.</p> <p>O artigo demonstra que o programa de educação do doente e o programa de <i>follow up</i> de enfermagem instituído neste estudo estão associados a menos efeitos secundários reportados pelo doente e revelou uma tendência para uma melhoria da qualidade de vida.</p> <p>O estudo demonstra que o uso de um padrão tipo <i>ChekList</i> de verificação/avaliação de sintomas relatados pelo doente aumenta a eficiência de avaliação e gestão de sintomas.</p>

Autor, Ano, Título do Estudo/Artigo, Publicação	Implementation and Use of a Patient Symptom Diary During Chemotherapy: A Mixed-Methods Evaluation of the Nurse Perspective. Annemarie Coolbrandt, Erika Bruyninckx, Chris Verslype, Ester Steffens, Ellen Vanhove, Hans Wildiers, Koen Milisen. Oncology Nursing Fórum, Volume 44, Nº 5, Setembro de 2017.
Objetivos do estudo/ Questão de Investigação	Para compreender de forma aprofundada a experiência dos enfermeiros ao trabalhar com um diário do paciente para inquirir e tratar efeitos colaterais durante a quimioterapia.
Desenho do Estudo e Metodologia	Um projeto de métodos mistos foi usado para aprender sobre o uso e as percepções dos enfermeiros de oncologia de um diário de sintomas.
Participantes	Local: seis enfermarias oncológicas e duas clínicas de ambulatório de Lovaina, Bélgica. Amostra: 79 enfermeiros responderam a uma pesquisa e 14 enfermeiros participaram de discussões em grupos focais. Métodos: Primeiro, uma pesquisa amostrou o uso e as percepções dos enfermeiros pelo diário. Em seguida, discussões <i>focus</i> em grupo foram realizadas com o objetivo de chegar a uma compreensão mais profunda do resultado da pesquisa.
Resultados/Conclusões	O estudo aponta que, o uso de <i>patient-reported outcomes</i> (PROs) na prática clínica de rotina, mostrou potencial para reduzir a carga de sintomas mais frequentes e melhores discussões sobre sintomas entre pacientes e médicos, em conjunto com a gestão de sintomas em resposta aos relatórios dos pacientes.

	<p>Além desses efeitos positivos sobre o cuidado dos profissionais, os diários contribuem para uma autogestão mais eficaz. A Auto monitorização ajuda os doentes a entender como os sintomas evoluem e respondem a medicamentos ou estratégias de autogestão e orienta-os a escolher ou continuar ações apropriadas.</p> <p>Estudos anteriores, bem como a atual pesquisa, mostram que as aplicações adequadas de ferramentas de relatório de sintomas na prática de rotina são complexas. <i>Insights</i> sobre a experiência dos profissionais de saúde que aplicam essas ferramentas reforçam as estratégias que visam garantir a adoção, implementação apropriada, manutenção dessas intervenções e, conseqüentemente garantir os resultados de saúde desejados. Os autores alertam assim para o desenvolvimento de estratégias e atitudes positivas em relação ao uso do diário de sintomas. Isso inclui organizar discussões sobre a sua implementação, envolvendo indivíduos-chave e líderes de opinião no processo. Motivação adicional para os enfermeiros integrarem o diário nas suas rotinas diárias pode advir de uma melhor compreensão das perspectivas dos pacientes sobre o uso do diário.</p>
--	---

Autor, Ano, Título do Estudo/Artigo, Publicação	Systematic development of CHEMO-SUPPORT, a nursing intervention to support adult patients with cancer in dealing with chemotherapy-related symptoms at home. Annemarie Coolbrandt, Hans Wildiers, Bert Aertgeerts, Bernadette Dierckx de Casterlé, Theo van Achterberg, Koen Milisen. BMC Nursing (2018)
Objetivos do estudo/ Questão de Investigação	Desenvolvimento de uma intervenção de enfermagem denominada CHEMO-SUPPORT, cujo objetivo era reduzir a carga de sintomas que os doentes experienciavam em casa após tratamentos antineoplásicos.

Desenho do Estudo e Metodologia	O desenvolvimento da intervenção foi orientado pela Abordagem de Mapeamento da Intervenção e incluiu as seguintes etapas: avaliação de necessidades, formulação de objetivos proximais do programa, seleção de métodos e estratégias, produção de componentes do programa e planeamento para implementação e avaliação da intervenção.
Participantes	Um painel de profissionais de saúde multidisciplinares (n = 12) e um painel de pacientes e familiares cuidadores (n = 7) participaram ativamente no desenvolvimento da intervenção. Dois grupos de indivíduos estiveram envolvidos no desenvolvimento da intervenção. Um painel multidisciplinar de saúde de diversos centros compreendeu um grupo. O outro painel de indivíduos incluiu pacientes e cuidadores.
Resultados/Conclusões	O estudo revela que, devido ao impacto dos efeitos secundários provocados pela quimioterapia e à vertente “ <i>outpatient</i> ” deste tipo de tratamentos, o autocuidado deve ser um foco dos cuidados de enfermagem. Os autores alertam para a necessidade de implementar uma intervenção de enfermagem integrada e adaptada a cada utente, utilizando evidência científica e a experiência do doente na implementação de um plano de cuidados.

Autor, Ano, Título do Estudo/Artigo, Publicação	Reduction of chemotherapy-induced anorexia, nausea and emesis through a structured nursing intervention: a cluster-randomized multicenter trial. Patrick Jahn; Petra Renz, Joerg Stukenkemper, Katrin Book, Oliver Kuss, Karin Jordan, Ingrid Horn, Anette Thoke-Colberg, Hans-Joachim Schmoll, Margaret Landenberger. Support Care Cancer. 2009.
--	---

Objetivos do estudo/ Questão de Investigação	O propósito deste estudo é avaliar o programa de melhoria do autocuidado por meio da enfermagem oncológica (SCION) para reduzir a anorexia, náusea e emese (ANE) em doentes oncológicos submetidos a quimioterapia.
Desenho do Estudo e Metodologia	200 Utentes a receber quimioterapia com moderado a alto potencial emético participaram num estudo randomizado. De forma adicional ao tratamento antiemético dito <i>standard</i> , os doentes das enfermarias da intervenção receberam o programa de SCION. Este programa consistia em aconselhamento consultivo, otimização da profilaxia da emese, aconselhamento nutricional e relaxamento. Os doentes do grupo de controlo receberam o cuidado antiemético <i>standard</i> e o cuidado <i>standard</i> . Os resultados primários foram as diferenças de intensidade de ANE dos dois grupos, avaliado segundo o CTCAE- <i>Common Terminology Criteria for Adverse Events</i> .
Participantes	Doentes oncológicos de 14 enfermarias de dois hospitais universitários da Alemanha
Resultados/Conclusões	O programa SCION não resultou em diferenças significativas da incidência de sintomas de ANE, comparando com o cuidado <i>standard</i> . Não foi encontrada diferença relativamente aos conhecimentos dos doentes sobre os efeitos secundários e intervenções de autocuidado. A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (HRQoL) era significativamente melhor nos doentes do grupo de controlo. Este resultado não reflete se a Self Care Improvement through Oncology Nursing (SCION) foi simplesmente não efetiva ou se este facto se deve à baixa prevalência de ANE. Uma das razões apontadas pelos autores

	<p>é a inserção de medicação antiemética de forma profilática no estudo em questão, em contraste com os estudos citados na literatura, que foram conduzidos antes da introdução deste tipo de terapêutica medicamentosa.</p> <p>Neste estudo, efeitos secundários como a fadiga, alopecia, distúrbios do sono e xerostomia, parecem ser efeitos secundários mais perturbadores para os doentes que recebem quimioterapia. Os dados obtidos confirmam que a hierarquia dos sintomas, náuseas e emese já não são o sintoma que provoca maior <i>distress</i> e, portanto, deve ser realizada uma avaliação geral das necessidades reais dos doentes.</p>
--	--

Autor, Ano, Título do Estudo/Artigo, Publicação	Role of nurses in the assessment and management of chemotherapy-related side effects in cancer patients. Helen Roe, Elaine Lennan Nursing: Research and Reviews 2014:4 103 – 115
Objetivos do estudo/ Questão de Investigação	Este artigo oferece um guia para avaliação dos doentes em quimioterapia, incluindo o processo de quimioterapia, necessidades de informações importantes e consentimento, tendo em conta a recente Pesquisa Nacional de Experiência do Paciente com Cancro de 2013. Descreve uma nova iniciativa de serviços oncológicos agudos que melhorou não apenas a qualidade dos serviços, mas também a segurança dos pacientes sob quimioterapia.
Desenho do Estudo e Metodologia	Discussão de forma detalhada dos efeitos secundários do tratamento e a sua gestão, descrevendo os aspetos comuns e os critérios internacionais de toxicidade para orientar a avaliação.
Participantes	Enfermeiros das unidades onde foi realizado o estudo.

Resultados/Conclusões	<p>Os autores desta revisão do guia alertam para a necessidade de se realizar uma avaliação clínica antes de cada ciclo de quimioterapia, com o objetivo de identificar quaisquer toxicidades experienciadas anteriormente, avaliar a aptidão do indivíduo para continuar e implementar quaisquer mudanças planeadas na continuidade do tratamento. O enfermeiro que realiza essa avaliação precisa de desenvolver competências avançadas, nomeadamente, conhecimentos aprofundados sobre o tipo de quimioterapia que o paciente está a receber e o seu propósito terapêutico.</p> <p>A quimioterapia provoca toxicidades significativas, mas previsíveis. Os efeitos secundários mais graves provavelmente desenvolvem-se enquanto o paciente está em casa entre os ciclos de tratamento. Nesta avaliação clínica, a avaliação de enfermagem estabelece a presença de qualquer toxicidade e determina a necessidade de intervenção.</p> <p>Os autores ressaltam que o enfermeiro deve deter competências comunicacionais desenvolvidas de forma a não basear a sua avaliação apenas no que “os seus olhos lhe dizem” e porque os utentes são, geralmente, relutantes em descrever graus elevados de toxicidade que sentiram, por medo de interromper os tratamentos de quimioterapia.</p> <p>A consulta deve ser estruturada e apoiada pela documentação local, mas adaptada para atender às necessidades individuais do paciente. Um diário do doente para registar quaisquer sintomas que possa experimentar é frequentemente fornecido e, os mais importantes devem ser dados os contactos da unidade e linhas de apoio (período de 24 horas). Deve igualmente haver tempo para falar sobre sinais de alerta e o que a pessoa deve fazer em caso de efeitos adversos, por exemplo, febre.</p>
------------------------------	---

MAPEAMENTO dos resultados

Da análise dos dados obtidos da presente revisão da literatura emergiram 3 áreas centrais de intervenção de enfermagem no que respeita à capacitação da pessoa com doença oncológica submetida a terapêutica antineoplásica- Enquadramento e Estruturação da CE; Informar o Doente e Informar o Cuidador e a Avaliação e Gestão eficaz de Sintomas e Sinais Adversos.

1. Consulta de Enfermagem

1.1 Enquadramento conceptual da CE:

Segundo Sá, Lopes & Basto (2019), devido ao impacto dos efeitos secundários provocados pela quimioterapia e ao contexto de cuidados em ambulatório deste tipo de tratamentos, o autocuidado insere-se como um foco de intervenção dos cuidados de enfermagem. Este facto é sustentado também por Roe & Lennan (2014) quando abordam os efeitos da quimioterapia, declarando que provocam toxicidades significativas, mas previsíveis e que os efeitos secundários mais graves se desenvolvem enquanto o paciente está em casa entre os ciclos de tratamento.

Conforme o protocolo de apoio desenvolvido e analisado por Coolbrandt *et al.*, 2018, cuja intervenção sistemática implementada tinha como objetivo reduzir os efeitos adversos relacionados com a quimioterapia que os doentes experienciavam em casa, esse processo resultou numa intervenção que incluía ensino presencial, aconselhamento por telefone, providenciar informações escritas ao doente, e finalmente, providenciar via *online* ou via telefónica apoio de enfermagem 24horas (Coolbrandt, *et al.*, 2018), pág. 8).

Deste modo, entre os ciclos de quimioterapia é necessária uma avaliação do utente em que a intervenção de enfermagem utiliza um método personalizado e motivacional Coolbrandt, *et al.*, (2018); Roe & Lennan (2014); William *et al.*, (2011).

Nesta avaliação clínica, a avaliação de enfermagem estabelece a presença de qualquer toxicidade e determina a necessidade de intervenção (Roe & Lennan, 2014). As mesmas autoras enunciam que, para além da avaliação

física, é essencial que o enfermeiro avalie o impacto psicológico de ter um diagnóstico de cancro e o efeito de receber tratamento para esta patologia. Esta avaliação inclui o sentimento de incerteza quanto aos resultados do tratamento e quanto ao futuro.

Neste sentido para Sá, Lopes & Basto (2019), existe a necessidade de implementar uma intervenção de enfermagem integrada e adaptada a cada utente, utilizando evidência científica e a experiência do doente na implementação de um plano de cuidados.

A administração de quimioterapia, embora seja um ato que advém de uma prescrição médica, o enfermeiro detém um importante papel na equipa multidisciplinar, ao implementar o plano acordado, ao avaliar e ajustar o tratamento ao longo da sua evolução (Roe & Lennan, 2014, p.4).

Embora seja uma decisão médica, o estudo realizado por Sá, Lopes & Basto (2019) revela que esta terapêutica ao ser administrada por enfermeiros capacitados e que se centram de forma integrada e centrada nas características únicas da pessoa doente e da sua experiência de vida, tem um impacto positivo na diminuição do seu sofrimento (físico, emocional, psicológico). Os mesmos autores salientam que as intervenções de enfermagem devem ser baseadas no conhecimento sobre o doente e propósito terapêutico.

De acordo com o estudo realizado por Williams *et al.* (2011), o uso de um padrão tipo *Checklist* de verificação/avaliação de sintomas relatados pelo paciente aumenta a eficiência da avaliação e gestão dos seus sintomas.

Neste estudo piloto, muitos participantes do grupo de intervenção verbalizaram a sua apreciação do acompanhamento “mais próximo” bem como o aumento do tempo permitido para a sua educação e a colocação de perguntas. Dois participantes comentaram a utilidade da informação escrita de ensino e a continuidade dos cuidados. Um participante referiu: “Mais informação significa melhor munição para combater a doença” Williams *et al.*, (2011). Os participantes reportaram também que a intervenção dos enfermeiros aliviou de forma significativa a ocorrência de sintomas e a sua gravidade.

Deste modo, o enfermeiro que realiza este tipo de cuidados deve, portanto, estar capacitado com conhecimentos aprofundados sobre o cuidado inerente ao doente oncológico. Nesse contexto é dito por Roe & Lennan (2014) que o enfermeiro que realiza essa avaliação precisa de desenvolver

competências avançadas, nomeadamente, conhecimentos aprofundados sobre o tipo de quimioterapia que o paciente está a receber e o seu propósito terapêutico. Nesta perspetiva Sá, Lopes & Basto, (2019) referem que enfermeiros com conhecimentos sobre administração de terapia antineoplásica, cancro e assistência centrada no cuidado ao doente reportavam um sentimento de competência em fornecer informações e transmitir aos doentes uma sensação de segurança, facto que foi confirmado pelas pessoas/famílias em questão. O estudo aqui analisado confirma a relevância do lugar privilegiado ocupado por enfermeiros e outros profissionais de saúde no fornecimento de informações e apoio durante a administração de ciclos de quimioterapia.

Deste modo, a consulta de enfermagem onde esta avaliação se insere e todas as intervenções supramencionadas, deve ser estruturada e apoiada pela documentação local, mas adaptada para atender às necessidades individuais do paciente. Um diário do doente para registar quaisquer sintomas que possa experienciar pode ser fornecido (Coolbrandt, *et al.*, 2018; Coolbrandt, *et al.*, 2017). O mais importante a realizar nesta consulta, segundo a evidência aqui analisada, é facultar os contactos da unidade (período de 24 horas) e linhas de apoio. Deve igualmente contemplar tempo para falar sobre sinais de alerta, assim como, como atuar em caso de efeitos colaterais, por exemplo, febre. (Roe & Lennan, 2014)

1.2 Estruturações de CE

A problemática dos sintomas relacionados com a administração de quimioterapia em contexto de ambulatório e as necessidades dos doentes, relacionadas com a sua gestão não eficaz, não colmatadas, catalisou o desenvolvimento de novas intervenções de enfermagem para abordar essas questões.

Muitos profissionais de saúde concentram-se em gerir um único sintoma, contudo, para Coolbrandt *et al.*, (2018, p. 2) é provável que uma melhoria significativa da qualidade de vida dos doentes oncológicos só pode ser alcançada por intervenções focadas em múltiplos sintomas.

Desta forma, com base na avaliação das necessidades dos doentes, Coolbrandt *et al.*, (2018) estabelece quatro objetivos de desempenho do doente para a sua gestão, nomeadamente: comportamentos preventivo de autocuidado

abordando os possíveis efeitos adversos relacionados com o tratamento; capacidade em monitorizar a gravidade e a duração dos seus sintomas; ser capaz de relatar adequadamente e em tempo útil os seus sintomas e finalmente, adoção de comportamentos de autocuidado adequados para gerir sintomas.

Os profissionais e pacientes que participaram deste estudo selecionaram a autoeficácia, expectativas de resultado, conhecimento e apoio social como determinantes vitais para os quatro objetivos de desempenho de gestão eficaz supramencionados. Com base nos dados obtidos por Coolbrandt *et al.*, (2018), acredita-se que a entrevista motivacional seja a peça fundamental para a intervenção de ensino e desta forma, presume-se que as pessoas estão em diferentes fases de aceitação para alterar os comportamentos necessários. É um estilo de aconselhamento direcionado a objetivos de mudança comportamental, mantendo o princípio de que a motivação é provocada pelo paciente e não é imposta de fora (Coolbrandt *et al.*, 2018, p. 8).

No estudo realizado por William *et al.* (2010, p. 254), a intervenção de enfermagem foi dividida em 5 contactos ou consultas de enfermagem. A primeira consulta incluía ensinar sobre os efeitos secundários do tratamento e eram fornecidas informações escritas sobre náuseas e vômitos, fadiga, alteração do sabor, neuropatia periférica, diminuição da contagem de células brancas, plaquetas, anorexia e diarreia. Posteriormente era implementada uma consulta não presencial via telefone nos dias 10 a 14 do ciclo, onde eram reforçados alguns cuidados de acordo com a quimioterapia instituída- prevenção de náuseas e vômitos por exemplo.

A consulta intermédia era realizada no Dia 1 do Ciclo 2 e incluía a discussão de informação sobre anorexia, mucosite, odinofagia e alterações da pele. Após, era realizada novamente uma consulta não presencial via telefone (Dias 10 a 14 do ciclo) para avaliar a informação facultada na consulta intermédia.

Finalmente, a consulta final era realizada no Dia 1 do Ciclo 3 e eram abordados novamente intervenções para atuar nas náuseas, vômitos e infeção.

Para Coolbrandt *et al.*, (2018) a intervenção de enfermagem foi dividida também em 5 momentos. O primeiro antes do início dos tratamentos, onde o doente era preparado para lidar com os efeitos secundários em casa- prevenção, monitorização, necessidade de reportar efeitos adversos e gestão/alívio da

sintomatologia. Era utilizado um diário de sintomas e fornecido um guia de acolhimento. A consulta duraria entre 30 e 60 minutos.

O segundo momento era realizado via telefone nos primeiros dias após o tratamento já com o doente no seu domicílio. Nesta fase era avaliado a gravidade dos sintomas, revistas as estratégias de autogestão e era providenciado suporte de sintomatologia. Eram também reforçados comportamentos de autocuidado e era avaliada a capacidade daquela pessoa/família em gerir de forma eficaz os seus sintomas em casa. Esta consulta tinha um tempo estimado de 10 a 20 minutos.

O terceiro contacto seria na sua próxima consulta ou se o doente contactasse a instituição. Neste contexto eram revistos os dados já obtidos do utente relativamente à sua gestão eficaz e avaliada a atual capacidade de lidar com a sintomatologia. Era então planeado o próximo contacto via telefónica ou em consulta presencial.

Durante o percurso de tratamento era fornecida informação escrita e verbal sobre ensinamentos sobre autocuidado e os possíveis efeitos secundários, providenciados contactos de apoio e reforçados os sinais de alarme e a necessidade de contactar a equipa.

2. Capacitar através da informação

2.1 Informar o Doente

Os artigos de William *et al.* (2010) e de Roe & Lennan (2014) estabelecem que a implementação de um programa de educação do doente e um programa de *follow up* de enfermagem estão associados a menos efeitos secundários reportados pelo doente e revelaram uma tendência para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

É descrito também que enfermeiros dotados de conhecimentos técnicos sobre administração de quimioterapia, cancro e cuidados centrados no doente, deram aos pacientes uma sensação de segurança e de apoio, colocando estes enfermeiros, que providenciam os doentes com informação e apoio durante os ciclos de quimioterapia, como profissionais com um papel de privilégio e de relevância (Sá, Lopes, & Basto, 2019).

Segundo o estudo nacional realizado em Inglaterra em 2013 sobre a Experiência do Paciente com Cancro é ressaltada a necessidade de informação que estes doentes precisam. De facto, este estudo aponta que apenas 54% dos pacientes receberam tais conselhos, nomeadamente, informações locais como locais para estacionar, centro de informações disponíveis, serviços de farmácia e grupos de apoio.

Neste contexto, informação consistente e de fácil acesso permite ajudar o doente a navegar através da complicada jornada que o tratamento de quimioterapia lhe vai trazer e vai, de forma geral, reduzir a sua ansiedade (Roe & Lennan, 2014).

2.2 Informar o Cuidador

Neste sentido, uma componente essencial do papel do enfermeiro é garantir que tanto o paciente como o cuidador têm as informações necessárias para uma decisão sobre as opções de tratamento ao seu dispor. Ao fornecer informações, tornou-se cada vez mais pertinente considerar as necessidades de informação dos cuidadores. No artigo de Roe & Lennan (2014) é dito que os familiares e cuidadores expressam a necessidade de obter informações diferentes e, às vezes, a necessidade de uma conversa sem a presença do paciente.

Considerando a necessidade que o doente oncológico tem de apoio social, nomeadamente, na gestão da sua sintomatologia em contexto do domicílio, apoiar o cuidador é uma área que precisa de mais enfoque. Neste sentido, os enfermeiros são o profissional mais bem posicionado para tal, uma vez que os cuidados holísticos e de avaliação de necessidades estão no cerne da prática profissional (Roe & Lennan, 2014, p.105).

3. Avaliação e Gestão de sintomas e sinais adversos da terapêutica antineoplásica

3.1 Avaliação de sintomas e sinais adversos

Para Roe & Lennan (2014), a quimioterapia provoca efeitos adversos previsíveis e os mais graves provavelmente são desenvolvidos quando o doente

se encontra em casa (p.104) e sem assistência de um profissional de saúde (Coolbrandt, *et al.*, 2018). Efeitos que, normalmente, se revolvem com o tempo. Assim o enfermeiro na consulta avalia a presença de toxicidades e determina a necessidade de intervir.

Além da avaliação física, é essencial que o enfermeiro avalie o impacto psicológico de ter um diagnóstico de cancro e o impacto de receber tratamento para isso. Esta avaliação inclui o sentimento de incerteza quanto aos resultados do tratamento e quanto ao futuro.

A evidência aqui analisada dá o alerta para a presença de sintomas físicos que muitas vezes podem ter um impacto negativo no âmbito do bem-estar psicológico do utente. Alterações da imagem corporal devido à perda / ganho de peso, alopecia, alteração da textura da pele, alteração das unhas, fadiga, controlo de estomas, amputação, etc.... pode dificultar a avaliação de problemas psicológicos, nomeadamente a agustia ou distress (Jahn, *et al.*, 2009)

A auto percepção do indivíduo é alterada e desafiada, sendo necessária uma transição para um novo eu, salientam os autores, alertando também para a necessidade de uma avaliação holística das necessidades do doente de forma a identificar e resolver esses problemas (Roe & Lennan, 2014).

Essa avaliação holística foi traduzida no uso de uma estrutura de preocupações, incluindo um termómetro de distress, em que se pede ao doente para avaliar o seu bem-estar psicológico. Dada a longevidade do tratamento e os vários aspetos da trajetória de doença, é provável que a autoavaliação mude. Deste modo, é extremamente importante que avaliações de bem-estar sejam realizadas em intervalos regulares, visto estar estabelecido que é um aspeto importante da qualidade de cuidados a estes doentes (Jahn, *et al.*, 2009).

Neste último estudo, efeitos secundários como a fadiga, alopecia, distúrbios do sono e xerostomia, parecem ser efeitos secundários mais perturbadores para os doentes que recebem quimioterapia. Os dados obtidos confirmam que a hierarquia dos sintomas, náuseas e emese já não são o sintoma que provoca maior *distress* (Jahn, *et al.*, 2009).

Assim, no estudo de Jahn *et al.*, (2009), a eficácia da intervenção de enfermagem para reduzir os efeitos secundários da quimioterapia, nomeadamente os efeitos adversos de náuseas, vómitos e emese (ANE-

Anorexia, Náuseas e Emese), de forma a aumentar a qualidade de vida (HRQoL- *Health Related quality Of Life*), não foi confirmada.

De facto, ao considerar que a intervenção do enfermeiro de oncologia (SCION- *Self Care Improvement through Oncology Nursing*) afeta a qualidade de vida de forma negativa, os autores notaram uma correlação maior entre a intensidade dos efeitos da quimioterapia (ANE) e a intervenção do enfermeiro de oncologia. Contudo, o grupo da intervenção SCION e o grupo de controlo não diferiram na sua avaliação dos efeitos secundários de ANE e, por esta razão, não há diferenças significativas na qualidade de vida no grupo submetido à SCION.

Do mesmo modo, baixa qualidade de vida em doentes do grupo cuja intervenção do enfermeiro oncológico foi realizada, pode ser justificada com necessidades que não foram satisfeitas a nível do aconselhamento. Se os efeitos secundários de ANE são considerados como menos impactantes na hierarquia dos sintomas, a intervenção de enfermagem oncológica dirigida apenas às ANE, não correspondeu às expectativas dos doentes e da sua avaliação de outros sintomas, nomeadamente, fadiga, anorexia e alopecia, ou de forma geral, outro tipo de estratégias para lidar com a doença oncológica, o diagnóstico e o tratamento.

Este facto pode explicar o impacto negativo na HRQoL da SCION. Estes resultados indicam que a intervenção de enfermagem deve abordar os vários efeitos secundários de forma abrangente (Jahn, *et al.*, 2009).

Posto isto, todos os efeitos colaterais da quimioterapia devem ser avaliados de acordo com critérios comuns de toxicidade. Além disso, o UKONS desenvolveu uma ferramenta de triagem para ajudar no reconhecimento da urgência de um sintoma e permite estabelecer de forma padronizada a intervenção a adotar (Roe & Lennan, 2014).

3.2 Gestão de Sintomas e sinais adversos

Devido ao contexto de ambulatório em que se administra terapêutica antineoplásica, a maioria dos sintomas acontecem no domicílio (Coolbrandt, *et al.*, 2018) (Roe & Lennan, 2014). Consequentemente, esta logística força os pacientes a gerirem os seus sintomas de forma ativa.

Neste âmbito, Coolbrandt *et al.* (2018), alertam que a eficácia de gerir a sintomatologia é baixa devido ao facto de os doentes avaliarem os seus sintomas de forma sub-ótima e de não os reportarem aos profissionais de forma fidedigna. Do mesmo modo os pacientes relatam falta de conhecimento e experiência e altos níveis de necessidades não satisfeitas relativamente ao seu autocuidado. Assim, sugere-se, apoiando-se na evidência, que maior carga de sintomas está associada a um autocuidado mais pobre.

Segundo o estudo de Coolbrandt *et al.* (2018) sobre como pacientes adultos, que recebem quimioterapia, lidam com os seus sintomas em domicílio, indicam fatores comportamentais determinantes que explicam a gestão ineficaz de sintomas e, portanto, autocuidado mais pobre. Entre eles, a sensação de impotência, o desejo de quererem esquecer o que estão a experienciar, esperando que o sintoma se resolva e que vivam normalmente dentro do possível, crença que a sintomatologia irá passar, barreiras e crenças à toma de medicação, barreiras de comunicação- falta de continuidade de cuidados entre profissionais, falta de interesse dos profissionais, falta de confiança por parte dos profissionais em lidar com a sintomatologia reportada, falta de conhecimento sobre os sinais de alarme, falta de conhecimento sobre como pedir ajuda- dificuldade em lidar com várias sintomatologia ao mesmo tempo, sentimento depressivo e finalmente, exaustão do cuidador (Coolbrandt *et al.*, 2018, p.5; Coolbrandt *et al.*, 2017, p. 213).

Estes fatores podem levar a uma gestão inadequada do autocuidado e dos sintomas adversos, assim como, a falhas a nível da comunicação da sintomatologia e avaliação das necessidades e sintomas reais do doente.

Relativamente a fatores ambientais determinantes, é referido a falta de conhecimento dos cuidadores e profissionais de saúde, crença de que nada pode ser feito, focagem apenas no tratamento e na cura, falta de preocupação ou falta de relação de proximidade, falta de tempo e foco apenas no apoio farmacológico, (Coolbrandt, *et al.*, 2018). Estes fatores levam a que os profissionais de saúde desvalorizem e não detetem os sintomas dos doentes, nem que se encontrem disponíveis para se envolverem noutros papéis de cuidadores para além do ensino sobre sintomas.

O estudo de Coolbrandt *et al.* (2018) aponta que o uso de *patient-reported outcomes* ou, diários de sintomas, na prática clínica de rotina, mostrou potencial

para reduzir a carga de sintomas mais frequentes e melhores discussões sobre sintomas entre pacientes e profissionais de saúde, em conjunto com a gestão de sintomas em resposta aos relatórios dos pacientes.

Em jeito de conclusão, a partir da análise dos vários estudos aqui expostos, é demonstrado que abordagens cognitivo-comportamentais, cujo foco é a resolução de problemas, aquisição de informação, gestão do autocuidado e dos efeitos adversos, e no apoio emocional e social, foram encontradas como estratégias que melhoram significativamente a qualidade de vida das pessoas e o seu funcionamento em geral. A revisão da literatura realizada demonstrou que a gestão de sintomas é um aspeto importante do atendimento oncológico e que os enfermeiros podem ajudar, nomeadamente, recorrendo a métodos estabelecidos, através de um programa de educação e de *follow up* (Coolbrandt *et al.*, 2018; William *et. al.*, 2011; Jahn, *et al.*, 2009).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, C. &. (2015). Ensinar e aprender na consulta de enfermagem em braquiterapia ginecológica: perspectivas dos enfermeiros. . *Revista de Enfermagem* , 1-6.
- Coolbrandt, A., Bruyninckx, E., Verslype, C., Steffens, E., Vabhive, E., H, W., & Milisen, K. (2017). Implementation and Use of a Patient Symptom Diary During Chemotherapy: A Mixed-Methods Evaluation of the Nurse Perspective. *Oncology Nursing Forum*.
- Coolbrandt, A., Wildiers, H., Aertgeerts, B., Dierckx de Casterlé, B., Van Achterberg, T., & Milisen, K. (2018). Systematic development of CHEMO-SUPPORT, a nursing intervention to support adult patients with cancer in dealing with chemotherapy-related symptoms at home. . *BMC Nursing*.
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2005). *CIPE/ICNP – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*. (Associação Portuguesa de Enfermeiros, Ed.) (3a ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- European Oncology Nursing Society (2018). *Cancer Nursing Education Framework*.
- DGS. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Disponível em. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- DGS. (2017). *Plano Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Jahn, H., Renz, P., Stukenkemper, B., Kuss, O., Jordan, K., Horn, I., . . . Landenberger, M. (2009). Reduction of chemotherapy-induced anorexia, nausea and emesis through a structured nursing intervention: a cluster-randomized multicentre trial. *Support Care Cancer*.
- JBI. (2015). Joanna Briggs Institute Reviewers Manual:edition/Supplement. *Methodology for JBI Scoping Reviews*.
- Olivera, S., Queiroz, A., Matos, D., Moura, A., & Lima, F. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. . *Revisão Brasileira de Enfermagem*, 155-161.
- Paz, O., Sherida, K., Queiroz, O., Paula, a., & de Melo Matos, D. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem:revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 155-161.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado. Conceito central da Enfermagem*. Lisboa: Formasau.

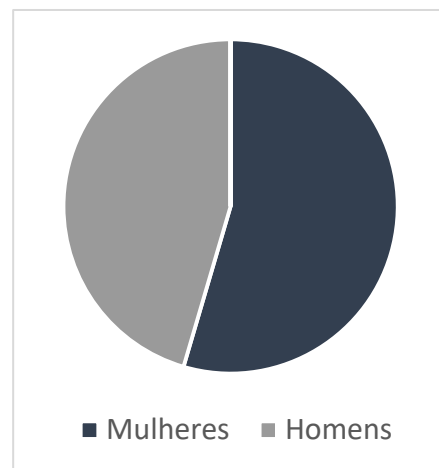
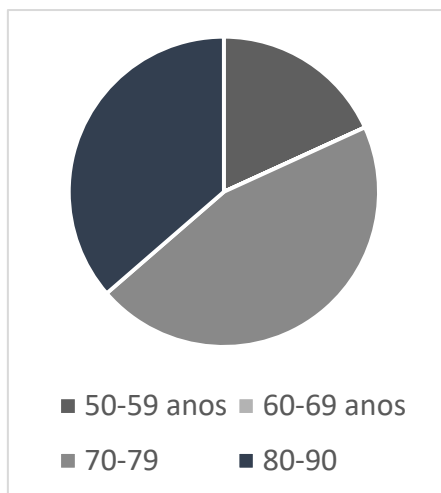
- Roe, H., & Lennan, E. (2014). Role of nurses in the assessment and management of chemotherapy-related side effects in cancer patients. *Nursing: Research and Reviews*, 103-115.
- Sá, E., Lopes, M., & Basto, ML. (2019). Antineoplastic therapy administration: Nursing intervention in the relief of suffering. *Rev Bras Enfermagem*, 177-82.
- Sidani, S. D. (2004). A theory- driven approach to evaluating quality of nursing care. *Journal of Nursing Scholarship*, 60-65.
- Sidani, S., & Irvine, D. (1999). Evaluation of the care delivery model and staff mix redesign initiative: the collaborative care study. *unpublished report*.
- William, P., Williams, K., Roling, S., Johnson, R., & Williams, A. (2011). An Intervention to Manage Patient-Reported Symptoms During Cancer Treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*.
- World Health Organization, W. (2008). *Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Background Paper*. Canberra: Biotext Pty Ltd.

APÊNDICE VI- Número de Consultas Observadas em estágio no Hospital de
dia A e Intervenções de Enfermagem Observadas

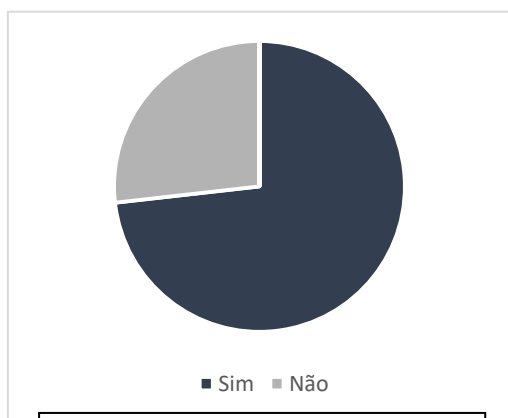
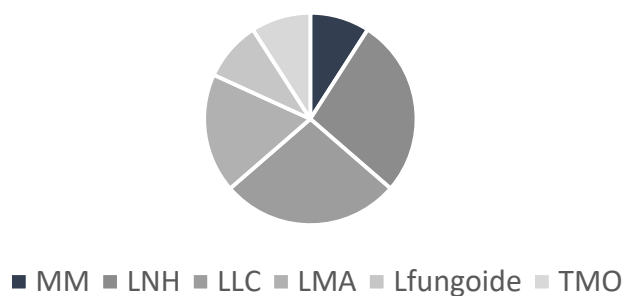
APÊNDICE VI- Número de Consultas Observadas em estágio no Hospital de dia A e Intervenções de Enfermagem Observadas

- No total observei 11 consultas:

Sexo dos Pessoas das CE

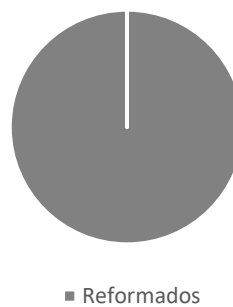


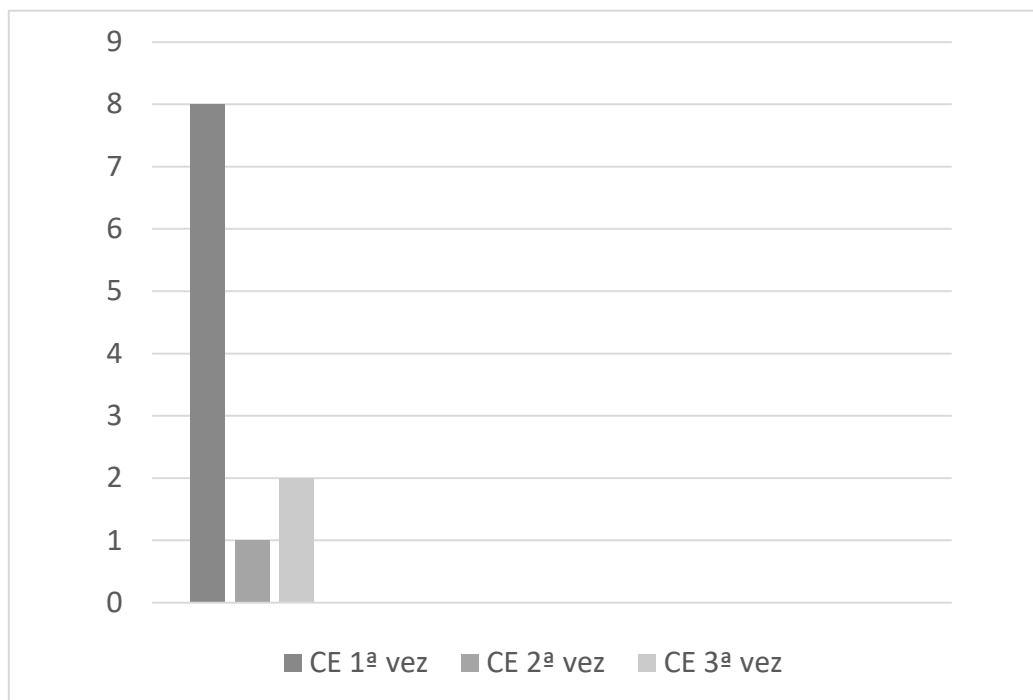
Patologias



Pessoas acompanhados na CE

Situação Profissional





Tipologia das CE observadas

De forma sumária e esquematizada, as intervenções de enfermagem observadas nas 11 consultas foram organizadas em 5 áreas de Ensino ao Doente.

Consulta de Enfermagem	
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação segura do Doente- entrega da pulseira; ✓ Identificação do contacto de referência; ✓ Validação de Alergias existentes; ✓ Direitos do Doente Oncológico; ✓ Avaliação dos Riscos- Uso das escalas MUST, ECOG, PS, termómetro do <i>distress</i>;
Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicação do tratamento, duração, periodicidade e nº de ciclos preconizados;

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Efeitos expectáveis
Controlo de Eventos Adversos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alteração da Temperatura corporal; ✓ Sinais de hemorragia; ✓ Alteração cutânea; ✓ Alteração respiratória; ✓ Alteração neurológica; ✓ Alteração da eliminação; ✓ Higiene Oral e do Corpo
Segurança Alimentar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Higienização das mãos ✓ Higienização dos alimentos; alimentos a evitar; ✓ Controlo adequado da temperatura de conservação, preparação e confeção dos alimentos (cozedura completa dos alimentos); ✓ Higienização e desinfeção dos equipamentos; ✓ Tratamento de Resíduos
Riscos do Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuidados na Higienização das mãos; ✓ Restrições do convívio; ✓ Estratégias de Adequação aos locais públicos; ✓ Higienização da Habitação; ✓ Evitar contacto com dejetos de animais; ✓ Ajuste ao contacto com animais de estimação; ✓ Estratégias de adequação do ambiente externo; ✓ Importância da adesão a práticas de saúde preventivas

APÊNDICE VII- Guia de observação das CE do Hospital de dia

APÊNDICE VII- Guia de observação das CE do Hospital de dia A

DATA: / /	CONSULTA Nº _____
<u>IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA</u>	
<u>EPISÓDIO Nº</u>	
<u>GÊNERO</u>	
<u>IDADE</u>	
<u>AGREGADO FAMILIAR</u>	
<u>ACOMPANHANTE</u>	
<u>SITUAÇÃO PROFISSIONAL</u>	
<u>SITUAÇÃO CLÍNICA</u>	
<u>DIAGNÓSTICO</u>	
<u>ANTECEDENTES PESSOAIS</u>	
<u>TIPO DE TRATAMENTO PROPOSTO</u>	
<u>QUIMIOTERAPIA</u>	<u>PROTOCOLO:</u>
	<u>CICLOS Nº</u>
	<u>OUTROS:</u>

OBSERVAÇÕES:

<u>NECESSIDADES EXPRESSAS PELA PESSOA/FAMÍLIA</u>	<u>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM UTILIZADAS NA CE</u>

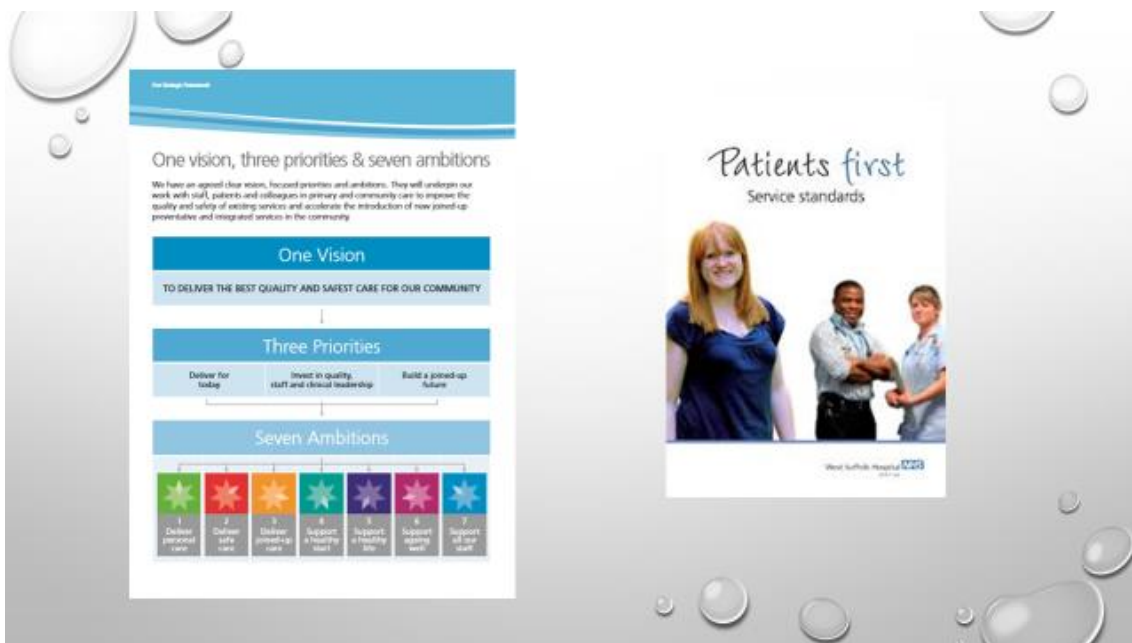
--	--

<u>OBSERVAÇÕES:</u>

APÊNDICE VIII- Apresentação da experiência profissional em Inglaterra à
equipa do Hospital de Dia A

APÊNDICE VIII- Apresentação da experiência profissional em Inglaterra à equipa do Hospital de Dia A

10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO-CIRÚRGICA VERTENTE ONCOLÓGICA



CUIDAR EM INGLATERRA-MEWS SCORE

Table 1 Modified Early Warning Score

Score	3	2	1	0	1	2	3
Respiratory rate (min ⁻¹)		≤ 8		9-14	15-20	21-29	> 29
Heart rate (min ⁻¹)		≤ 40	41-50	51-100	101-110	111-129	> 129
Systolic BP (mmHg)	≤ 70	71-80	81-100	101-199		≥ 200	
Urine output (ml/kg/h)	Nil	< 0.5					
Temperature (°C)		≤ 35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.5	≥ 38.6	
Neurological				Alert	Reacting to voice	Reacting to pain	Unresponsive

The scores for each parameter are recorded at the time that observations are taken. If the total is 4 or more then the ward doctor is informed.

CUIDAR EM INGLATERRA

1. Administer oxygen

Aim to keep saturations > 94%
(88-92% if at risk of CO₂ retention e.g. COPD)

2. Take blood cultures

At least a peripheral set. Consider e.g. CSF, urine, sputum
Think source control! Call surgeon/ radiologist if needed
CXR and urinalysis for all adults

3. Give IV antibiotics

According to Trust protocol
Consider allergies prior to administration

4. Give IV fluids

If hypotensive/ lactate > 2mmol/l or AKI, up to 30ml/kg
Give 500ml stat if no AKI, not hypotensive and lactate normal

5. Check serial lactates

Corroborate high YBG lactate with arterial sample
If lactate > 4mmol/l, recheck after each 10ml/kg challenge
and call Critical Care. Recheck in any patient causing concern

6. Measure urine output

May require urinary catheter
Ensure fluid balance chart commenced & completed hourly



THE SEPSIS SIX

1. Give O2 to keep SATs above 94%
2. Take blood cultures
3. Give IV antibiotics
4. Give a fluid challenge
5. Measure lactate
6. Measure urine output

JUSTASK
CLINICAL IT & SEPSIS

CUIDAR EM INGLATERRA- DOENTE ONCOLÓGICO

Double Checking, Double Checking!!

Antes de administrar QT...

- ✓ Validação das Análises do doente;
- ✓ Consentimento assinado, datado, confirmação da via de administração, assinatura do Médico (não podia ser júnior);
- ✓ Cálculo da S.C do utente, validação do peso;
- ✓ Cálculo das doses;
- ✓ Leitura em voz alta da etiqueta da medicação- dose, diluição em mls, nome do doente, data de nascimento, via de administração, prazo de validade e numero do processo- por duas enfermeiras.
- ✓ Validação da identidade do doente- nome completo, data de nascimento e morada. Comparação com pulseira.
- ✓ Validação do ritmo da perfusão.

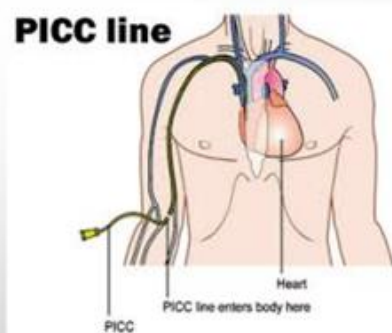
CUIDAR EM INGLATERRA- DOENTE ONCOLÓGICO

Triple Checking, Triple Checking!!

Antes de administrar QT IT...

- ✓ Proibido existir QT EV e IT para o mesmo doente no mesmo dia;
- ✓ Enfermeiro com competência acrescida- avaliado anualmente e com nome no registo anual da farmácia em como era competente (assim como farmacêutico e médico);
- ✓ Farmacêutico transporta QT em contentor específico que era colocada em frigorífico próprio e fechado à chave; proibido uso de telefones ou bleeps;
- ✓ Validação das Análises do doente; Consentimento assinado, datado, confirmação da via de administração, assinatura do Médico (não podia ser sénior);
- ✓ Leitura em voz alta da etiqueta da QT - por enfermeiro, médico e farmacêutico;
- ✓ Validação da identidade do doente- nome completo, data de nascimento e morada. Comparação com pulseira.

CUIDAR EM INGLATERRA- DOENTE ONCOLÓGICO



CUIDAR EM INGLATERRA- DOENTE ONCOLÓGICO



APÊNDICE IX- Reflexão escrita sobre a intervenção do enfermeiro especialista na promoção da capacitação do doente e família proposto para QT

APÊNDICE IX – Reflexão escrita sobre a intervenção do enfermeiro especialista na promoção da capacitação do doente e família proposto para QT

No contexto das situações de aprendizagem experienciadas no estágio A irei analisar, recorrendo ao ciclo reflexivo de Gibbs (Swardt, 2012), um evento significativo relacionado com a intervenção do enfermeiro em contexto de CE, utilizando as notas de campo realizadas.

- **Descrição da situação**

No decorrer do estágio no Hospital de dia A, observei o total de 11 CE, realizadas pela minha enfermeira orientadora, perita no cuidado ao doente oncológico e responsável pela implementação e execução das CE neste HD.

Nesta observação, não participativa e estruturada, obtive o registo de notas de campo utilizando um guia de observação estruturada da CE previamente desenvolvida no planeamento do projeto que me permitiu colher dados de forma sistematizada sobre o doente/família que iam à CE. Com esta tabela fui capaz de caracterizar demograficamente o doente/família (género, idade, agregado familiar), obter dados sobre a sua situação clínica (diagnóstico e antecedentes pessoais) e dados sobre o tipo de tratamento antineoplásico proposto (nome da quimioterapia, número de ciclos e medicação adjuvante). Anotei igualmente as necessidades expressas pelo doente/família e listei as intervenções de enfermagem utilizada pela enfermeira naquela CE.

- **Sentimentos**

A realização desta actividade proporcionou-me a oportunidade de refletir de forma constante em parceria com a minha Enfermeira Orientadora sobre as intervenções observadas por mim e implementadas por ela. Neste sentido, foi importante observar a variedade de doentes e famílias que atenderam às Consultas de Enfermagem, com características demográficas variadas e de contextos socioeconómicos diversos e com níveis de literacia em saúde muito diferentes.

De modo a exemplificar esta situação, recorro ao exemplo da utente M., diagnosticada com mieloma na casa dos 65 anos de idade. Iria iniciar QT

subcutânea dirigida para a sua doença e, portanto, foi referenciada para uma CE de 1ª vez antes do início do protocolo.

Durante a realização da anamnese da doente, percebeu-se que era viúva, mas que vivia perto de uma filha e de um neto de 6 anos, diagnosticado com autismo. Era independente no autocuidado e de momento, encontrava-se a trabalhar numa loja de roupa.

Posteriormente, os ensinamentos orientaram-se para o acolhimento à unidade e ao tratamento que lhe foi proposto, assim como, para a segurança alimentar, padrões de higiene pessoal, avaliação dos riscos do ambiente e a toma de terapêutica e medicação de forma segura.

Na área de Ensino Ao Doente sobre segurança alimentar, a pessoa referiu que não se alimentava de uma grande variedade de alimentos, visto de forma a impelir melhorias no estado de saúde do neto, tinha feito uma promessa religiosa que consistia em abdicar de alimentos que lhe dessem prazer. Assim, esta paciente seguia um regime alimentar muito pobre em proteínas e produtos lácteos, tendo sido avaliada com um risco nutricional elevado (Escala MUST), o que poderia influenciar o percurso do seu tratamento. Posto isto, os ensinamentos realizados pela Enfermeira Orientadora foram de, dentro das limitações da doente, clarificar a importância de variar os alimentos permitidos, assim como, a necessidade de desinfetar e os cozer à temperatura certa.

Após a CE refletimos sobre o que tinha sido observado e implementado, ficando claro que, orientar a doente para introduzir comportamentos alimentares diferentes da sua convicção iria, muito provavelmente, provocar-lhe sofrimento emocional e psicológico na possibilidade de estar a agravar o estado de saúde do neto. Em alternativa, ficou estipulada uma apertada vigilância ao estado nutricional desta doente, assim como, foi marcada uma consulta de nutrição de forma a otimizar o seu regime alimentar.

- **Avaliação**

O episódio aqui retratado constitui um, de muitos exemplos, onde foi constatada a dificuldade técnica científica e relacional, que o enfermeiro que

realiza a CE, é confrontado, pois é-lhe requerido que adeque a sua intervenção às características da pessoa/família que se encontra à sua frente, havendo a necessidade constante de mudança, adaptação e atualização das práticas de forma a capacitar os doentes e suas famílias para viverem com a doença oncológica e continuarem, dentro dos seus limites, o seu percurso de vida.

Deste modo, o enfermeiro que realiza este tipo de cuidados deve estar habilitado com conhecimentos aprofundados sobre o cuidado inerente ao doente oncológico. Nesse contexto é dito por Roe & Lennan (2014) que o profissional que realiza a CE precisa de desenvolver competências avançadas, nomeadamente, conhecimentos aprofundados sobre o tipo de quimioterapia que o paciente irá receber e o seu propósito terapêutico, assim como, Sá, Lopes & Basto (2019) referem, deve apoiar a sua prática em conhecimentos sobre cancro e assistência centrada no cuidado ao doente, demonstrando um sentimento de competência em fornecer informações, que permitirá, mesmo faça a limitações como aquela aqui exemplificada, ir de encontro com os objetivos estipulados para a CE e capacitar o doente para o seu autocuidado de acordo com os seus valores, crenças e limitações.

- **Conclusão/Planear a Ação**

Assim, depois da análise reflexiva das várias experiências de aprendizagem que obtive ao observar as CE de 11 doentes completamente distintos, compreendi que a CE orienta, fundamentalmente, os doentes para a prática de autocuidado, conforme as suas necessidades, para a promoção e recuperação da saúde (Paz *et al.*, 2012). Ainda neste contexto, o enfermeiro exerce completa autonomia para desenvolver estratégias de cuidado abrangentes para a promoção da saúde da pessoa, da família ou da comunidade, cumprindo a sua principal função como educador em saúde, tanto na prevenção, como na identificação e tratamento de complicações e efeitos colaterais, nomeadamente, os efeitos secundários que advém da administração de agentes antineoplásicos (Paz *et al.* 2012).

Em jeito de conclusão, compreendi que a CE se insere como uma intervenção de enfermagem autónoma onde é favorecida a capacitação para o autocuidado,

e onde o enfermeiro cumpre a sua principal função de educador e promotor da literacia em saúde, na prevenção, identificação e tratamento de complicações que advêm da QT.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

De Swardt, H. D.–p. (2012). Guided reflection as a tool to deal with the theory–practice gap in critical care nursing students. *Health SA Gesondheid*, 1-9.

Paz, O., Sherida, K., Queiroz, O., Paula, a., & de Melo Matos, D. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem:revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 155-161.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado. Conceito central da Enfermagem*. Lisboa: Formasau.

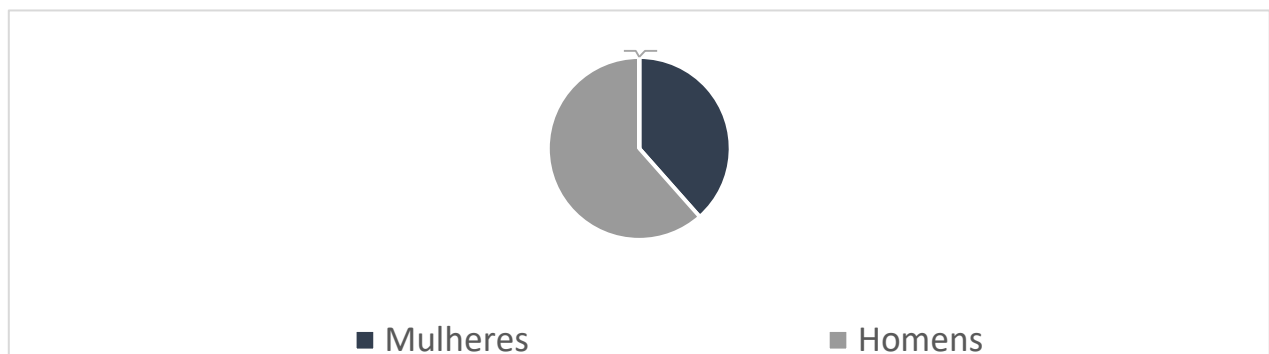
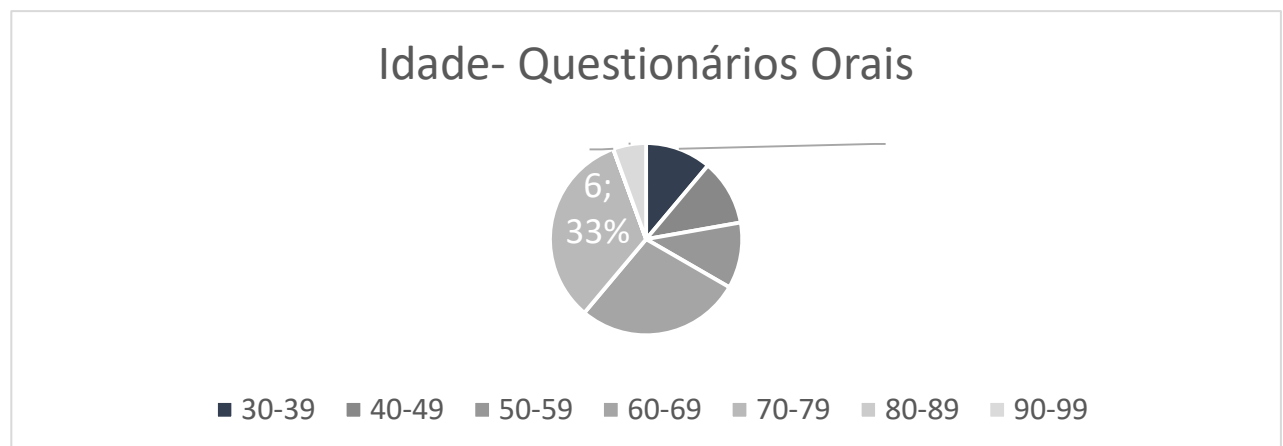
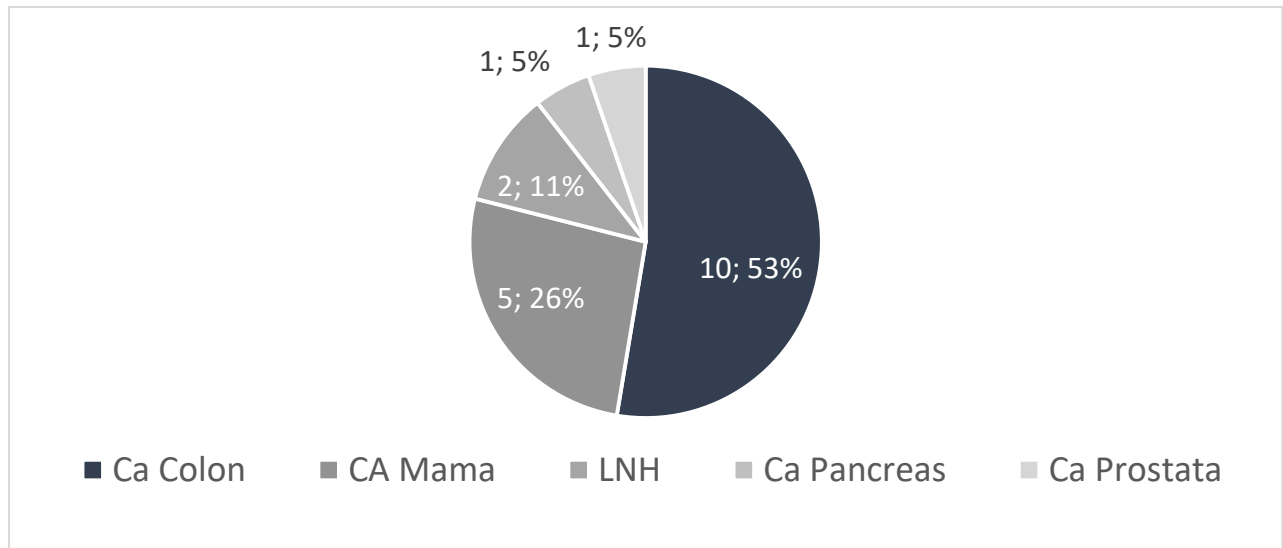
Roe, H., & Lennan, E. (2014). Role of nurses in the assessment and management of chemotherapy-related side effects in cancer patients. *Nursing: Reserach and Reviews*, 103-115.

Sá, E., Lopes, M., & ML, B. (2019). Antineoplastic therapy administration: Nursing intervention in the relief of suffering. . *Rev Bras Enfermagem* , 177-82.

APÊNDICE X- Número de Consultas Observadas em estágio no Hospital de Dia B

APÊNDICE X- Número de Consultas Observadas em estágio no Hospital de Dia B

No total realizei 19 Questionários Orais:



APÊNDICE XI – Guia de Observação das CE do Hospital de Dia B

APÊNDICE XI – Guia de Observação das CE do Hospital de Dia B

DATA: / /	CONSULTA Nº _____
<u>IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA</u>	
<u>NOME COMPLETO</u>	
<u>GÊNERO</u>	
<u>IDADE</u>	
<u>AGREGADO FAMILIAR</u>	
<u>ACOMPANHANTE</u>	
<u>SITUAÇÃO PROFISSIONAL</u>	
<u>SITUAÇÃO CLÍNICA</u>	
<u>DIAGNÓSTICO</u>	
<u>ANTECEDENTES PESSOAIS</u>	
<u>TIPO DE TRATAMENTO</u>	
<u>QUIMIOTERAPIA</u>	<u>PROTOCOLO:</u>
	<u>CICLOS Nº</u>
	<u>OUTROS:</u>

<u>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM UTILIZADAS NA CE</u>	
<u>RU manutenção de uma quantidade suficiente de Ar</u>	

<u>RU a manutenção de uma ingestão suficiente de água</u>	
<u>RU manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos</u>	
<u>RU a provisão de cuidados associados com os processos de eliminação</u>	
<u>RU a manutenção do equilíbrio entre a actividade e o repouso</u>	
<u>RU a prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano</u>	
<u>RU a manutenção do equilíbrio entre solidão e a interação social</u>	

<u>RU promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano</u>	
---	--

<u>NECESSIDADES EXPRESSAS PELA PESSOA/FAMÍLIA:</u>

APÊNDICE XII- Tabela com intervenções observadas na CE do Hospital de Dia
B

APÊNDICE XII- Tabela com intervenções observadas na CE do Hospital de Dia B

As principais Intervenções observadas na CE foram: Acolhimento, avaliação inicial e identificação das necessidades do doente, intervenções educativas dirigidas para a autovigilância/complicações, alimentação, exercício e regime medicamentoso.

Consulta de Enfermagem	
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação sobre as rotinas do serviço, horários de funcionamento, e funcionamento da consulta de urgência se necessitasse; • Providenciar material de leitura sobre o regime terapêutico, orientado para a consulta de oncológica de urgência, contactos telefónicos de enfermagem, psicologia, nutrição, assistente social, consulta da dor, terapias complementares; • Realização de apresentação da estrutura física do serviço e dos elementos da equipa, com visita guiada e demonstração do circuito do utente e recursos existentes disponíveis (cacifos, TV, revistas, livros, refeições).
Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificação da existência do consentimento informado (assinado) para realização de QT proposta (documento digitalizado); ✓ Explicação do tratamento, duração, periodicidade e nº de ciclos preconizados; ✓ Efeitos expectáveis
Avaliação Inicial e Identificação das Necessidades do Doente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Validação da identificação correta do utente (através da verificação do nome completo, número do processo e data de nascimento) ✓ Nome preferido, contacto telefónico e profissão. ✓ Seguidamente, confirmação da patologia neoplásica e comorbidades do utente (levantamento da história clínica, motivo de admissão, antecedentes pessoais, medicação de ambulatório, contacto de referência); ✓ Avaliação da comunicação do utente (expressiva e recetiva), ✓ Avaliação da acuidade visual, auditiva e uso de próteses; ✓ Avaliação do grau de dependência do autocuidado alimentar-se, uso do sanitário e mobilizar-se;

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificação da existência de dispositivos médicos; ✓ História de dor. ✓ Avaliação física do doente (peso, sinais vitais).
Intervenções educativas de autovigilância/prevenção de complicações	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinos sobre autovigilância de alterações da pele: ✓ Ensinos sobre cuidados à pele; ✓ Reforço de hidratação; ✓ Aplicação de creme hidratante; ✓ Higiene com água morna e produtos neutros; • Ensinos sobre cuidados na exposição solar (aplicação de protetor solar) ou cuidados na exposição ao frio (alterações na sensibilidade): • Ensinos sobre autovigilância de alterações cutâneas: ✓ Proteção das unhas, cabelos e prevenção da alopecia, cuidados com mãos/pés (vermelhidão/descamação), uso de toalhas/roupa macia.
Intervenções educativas sobre Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinos sobre padrão alimentar: ✓ Higiene e cozedura na confeção dos alimentos; ✓ Ingestão lenta e poli-fracionada dos alimentos ao longo do dia (leves/moles com temperos aromáticos); ✓ Identificação dos alimentos preferenciais e os evitáveis; ✓ Reforço de ingestão de líquidos fora das refeições, cuidados na ingestão de bebidas frias (geladas), alimento com condimentos ácidos e açucarados.
Intervenções educativas sobre Exercício Físico	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinos sobre padrão de exercício e exercício da profissão: ✓ Importância de manter a actividade regular; ✓ Importância de caminhadas ao ar livre; ✓ Importância de realizar intervalos de repouso entre atividades e a eventual necessidade de efetuar sestas.
Intervenções educativas sobre Regime Terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinos sobre algumas complicações do regime medicamentoso: ✓ Sinais de alarme e motivo de consulta de urgência: sinais de infeção/febre (> 38° C), feridas na boca (úlceras ou eritema) / sensação de queimadura/dificuldade em engolir/diminuição da capacidade de ingestão de alimentos/ vômitos persistentes (2 a 3 episódios/24h) /aumento de episódios de diarreia (> 4 dejeções/dia) /dor moderada (cólicas) /sem emissão de gases há 48h.

APÊNDICE XIII- Questionário Oral utilizado para obter notas de campo no
estágio do Hospital de Dia B

**APÊNDICE XIII- Questionário Oral utilizado para obter notas de campo no
estágio do Hospital de Dia B**

DATA: / /	
<u>DADOS DEMOGRÁFICOS</u>	
<u>GÊNERO</u>	
<u>IDADE</u>	
<u>AGREGADO FAMILIAR</u>	
<u>ACOMPANHANTE NA CONSULTA?</u>	
<u>SITUAÇÃO PROFISSIONAL</u>	
<u>SITUAÇÃO CLÍNICA</u>	
<u>DIAGNÓSTICO</u>	
<u>ANTECEDENTES PESSOAIS</u>	
<u>TIPO DE TRATAMENTO</u>	
<u>QUIMIOTERAPIA</u>	<u>PROTOCOLO:</u>
	<u>CICLOS Nº</u>
	<u>OUTROS:</u>

<p align="center"><u>QUAL A SUA OPINIÃO EM RELAÇÃO À CONSULTA DE ENFERMAGEM QUE TEVE ANTES DE INICIAR A QUIMIOTERAPIA?</u></p>
--

COMO SE SENTIU NA CONSULTA?

QUE TÓPICOS FORAM ABORDADOS? QUE ESTRATÉGIAS LHE FORAM TRANSMITIDAS
PARA SE AUTO CUIDAR EM CASA?

QUAIS AS ESTRATÉGIAS QUE UTILIZOU EM CASA?

QUE EFEITOS TIVERAM EM SI E NO SEU AUTOCUIDADO?

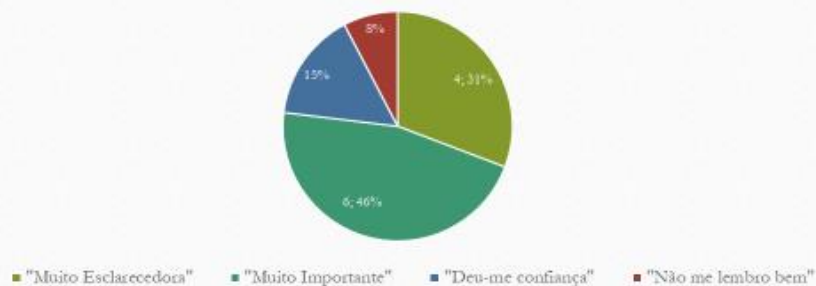
O QUE FALTOU NA CONSULTA? QUE ENSINOS E/OU ESTRATÉGIAS NÃO FORAM
ABORDADOS?

APÊNDICE XIV- Resultados dos Questionários Orais e notas de campo obtidas no
contexto de estágio B

APÊNDICE XIV- Resultados dos Questionários Orais e notas de campo obtidas no contexto de estágio B

QUAL A SUA OPINIÃO EM RELAÇÃO À CONSULTA DE ENFERMAGEM QUE TEVE ANTES DE INICIAR A QUIMIOTERAPIA?

"ACHAVA QUE IA SER PICADO..."; "GOSTEI MUITO, A ENFERMEIRA FOI MUITO SIMPÁTICA"; "FOI MUITO IMPORTANTE"; "FOI IMPORTANTE E MUITO ESCLARECEDORA"

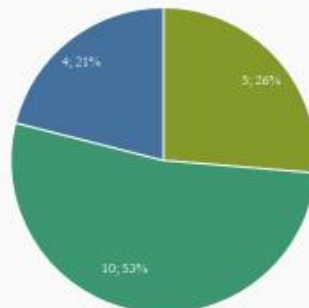


COMO SE SENTIU NA CONSULTA?

"O DIAGNOSTICO FOI DIFÍCIL...TIVE MUITO RECEIO DE ENTRAR NA CONSULTA.."; "SENTI-ME MUITO CONFIANTE E PREPARADA PARA O QUE VINHA DEPOIS DA CONSULTA"; "SAI DA CONSULTA COM CONFIANÇA NA EQUIPA E QUE IA CONSEGUIR LIDAR COM ESTA DOENÇA"



"Depois da CE senti-me..."



- "senti-me preparado para o futuro"
- "fiquei preparado para lidar com a doença/efeitos da QT"
- "Senti-me mais seguro/confiante em relação ao tratamento"

QUE TÓPICOS FORAM ABORDADOS? QUE ESTRATÉGIAS LHE FORAM TRANSMITIDAS PARA SE AUTOCUIDAR EM CASA?

"FALARAM-ME DO QUE PODIA COMER E O QUE NÃO PODIA COMER"; "A ENFERMEIRA DISSE-ME QUE NÃO PODIA TER FERIDAS NEM CORTES"; "DISSERAM-ME PARA LAVAR A FRUTA E DESCASCAR TODOS OS CRUS"; "NÃO SEI BEM DO QUE FALAMOS."; "NÃO ME LEMBRO BEM..."; FALAMOS DE COMO PREVENIR OS EFEITOS DO TRATAMENTO"

Que estratégias foram abordadas na CE?



- Cuidados com a pele/cabelo/unhas
- Cuidados com a Alimentação
- Cuidados contra as infeções
- Efeitos expectáveis da QT/ como actuar
- "Não me lembro exactamente"

Questionários Orais

O QUE FALTOU NA CONSULTA? QUE ENSINOS OU TÓPICOS NÃO FORAM ABORDADOS?

“EU PRECISAVA DE MAIS INFORMAÇÃO COMO CUIDADORA”;
“NADA...FOI TUDO FALADO” ; “PENSO QUE NADA.. DEPOIS DE MOSTRAREM O SERVIÇO PERCEBI QUE
HAVIA PESSOAS NORMAIS SEM VOMITAR E A PASSAR MAL E ISSO DEU ME CONFIANÇA”.

EM GERAL, QUAL É O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO FACE À CONSULTA DE ENFERMAGEM?



■ Insatisfeito ■ Satisfeito ■ Muito Satisfeito

APÊNDICE XV- Resumo do Poster apresentado nas 1as Jornadas de
Enfermagem Avançada da ESEL

APÊNDICE XV - Resumo do Poster apresentado nas 1as Jornadas de Enfermagem Avançada da ESEL

Mafalda Lopes¹; Sandra Ponte²; Eunice Sá³

¹ Aluna do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de especialização Oncológica; Enfermeira no Hospital Cuf Descobertas- Hospital de Dia Oncológico; mafaldalopes@campus.esel

²Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – H. S. Francisco Xavier – Hospital Dia de Oncologia; smonte@chlo.min-saude.pt

³ Docente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Orientadora de Estágio Clínico do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de especialização Oncológica; esa@esel.pt

CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DA PESSOA E FAMÍLIA SOB QUIMIOTERAPIA: CONSULTA DE ENFERMAGEM

JUSTIFICAÇÃO DO PROJECTO: A qualidade dos cuidados tem vindo a revelar-se como uma ação prioritária segundo a OE (2010), nomeadamente, havendo a necessidade de criar sistemas de saúde cuja qualidade seja avaliada, registada e analisada de forma sistemática. No geral, embora existam indicadores de resultado já identificados e medidos em enfermagem, a evidência para comprovar um vínculo direto entre os cuidados de enfermagem e os resultados obtidos pelos doentes é relativamente fraca (Doran, 2011).

FUNDAMENTAÇÃO: É um projeto de intervenção com base no modelo de desenvolvimento de competências de Benner onde se pretende desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista que presta cuidados à pessoa em situação crónica e paliativa e enquadradas no exercício da prática de enfermagem avançada.

O fenómeno de interesse depreende-se com as intervenções de enfermagem utilizadas em contexto de Consulta de Enfermagem (CE) na capacitação do doente oncológico sob tratamento de quimioterapia (QT) para o autocuidado.

Nesta perspetiva, a teoria do autocuidado de *Dorothea Orem* sustenta o presente projeto como filosofia de cuidados e conceção da prática.

OBJETIVOS DO PROJECTO: Desenvolver competências, técnicas científicas e relacionais para a realização e avaliação da consulta de enfermagem (CE), ao doente/família proposto para QT; Promover a melhoria dos cuidados de enfermagem de forma contínua e obter indicadores de resultado a partir das intervenções de enfermagem de capacitação para o autocuidado.

ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTOS: *Revisão Scoping (JBI)* para responder à questão: “Quais as intervenções de enfermagem utilizadas na Consulta de Enfermagem para a Capacitação da Pessoa submetida a Quimioterapia?”; Estágios em unidades de referência para observação de CE (uso de guia de observação e elaboração de notas de campo).

RESULTADOS: Do total de 34 artigos, aplicando os critérios de inclusão, foram seleccionados 6 artigos para a revisão, obtendo 3 áreas centrais de intervenção: Organização Estrutural da CE; Capacitar através de Informação (Doente e Cuidador) e Avaliação e Gestão eficaz de Sintomas e Sinais Adversos. Foram observadas 7 CE e realizadas 19 colheitas de dados a doentes, com registo de notas de campo num total de 28 doentes, após consentimento dos doentes e dos enfermeiros.

A média de idades foi de 60 anos (30 a 90 anos); 38% do género Feminino (n=10) e 62% (n=16) do género Masculino 62%; a patologia mais comum foi o Carcinoma do Colon (n=10), sendo 53% da população.

As Intervenções observadas na CE foram: Acolhimento, avaliação inicial e identificação das necessidades do doente, intervenções educativas dirigidas para a autovigilância/complicações, alimentação, exercício e regime medicamentoso.

Quanto às notas de campo: 46% dos doentes (n=6) referiram que a CE foi “muito importante” e 31% (n=4) que foi “muito esclarecedora”. Ainda, 16% (n=3) abordaram o impacto negativo do diagnóstico na altura da CE, relatando receio antes de entrar; 42% (n=8) sentiram-se “bem” e “apoiados” na CE. Após, 53% dos doentes (n=10) estavam “preparados para lidar com a doença e os efeitos

da QT”, 26% (n=5) sentiram-se “preparados para o futuro” e 21% (n=4) “mais seguros/confiantes em relação ao tratamento e à equipa”.

A maioria dos doentes (n=7) mencionaram a alimentação como um tópico abordado; 26% (n=5) referiram que lhes foi explicado o tipo de tratamento (duração e periodicidade) e enunciaram alguns efeitos secundários expectáveis; 11% (n=2) expuseram estratégias contra a infeção e 10% (n=2) falaram dos cuidados com a higiene oral e corporal. Contudo, 16% dos doentes não foram capazes de identificar nenhum tópico abordado durante a CE, curiosamente, fazendo parte do número de doentes que classificou a CE como “muito esclarecedora”.

Por fim, 35% dos utentes (n=6) adotaram estratégias de prevenção de infeções no seu dia-a-dia (higiene oral/corporal/dos alimentos); 24% (n=4) não adotou nenhuma estratégia de autocuidado mencionada porque “não sentiram nenhum efeito secundário do tratamento”. 24% (n=4) referiram utilizar estratégias de Alimentação e 18% (n=3), estratégias de prevenção/controlo de efeitos adversos do tratamento.

100% (n=19) dos doentes, mencionaram que, de forma geral, estavam “muito satisfeitos” com a CE.

CONCLUSÕES: A CE insere-se como uma intervenção de enfermagem autónoma onde é favorecida a capacitação para o autocuidado e onde o enfermeiro cumpre a sua principal função de educador e promotor da literacia em saúde, na prevenção, identificação e tratamento de complicações que advêm da QT. Contudo para obter indicadores de resultado da prática de enfermagem é necessário o desenvolvimento de programas de acompanhamento (*follow-up*) e de avaliação da CE e dos doentes/família ao longo de todo o seu percurso de tratamento.

Consideramos ter desenvolvido competências de prática de enfermagem avançada, nomeadamente, competências clínicas de prestação de cuidados ao doente oncológico submetido a quimioterapia, e competências de investigação, como diagnóstico de situação, pesquisa e utilização de evidência científica, análise e divulgação de dados à equipa multidisciplinar.

RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA: Sugerimos a continuidade desta metodologia de trabalho na prática clínica para a promoção da qualidade dos cuidados de forma contínua e para a obtenção de indicadores de resultado sensíveis à prática de enfermagem, nomeadamente, ganhos em conhecimento, ganhos em saúde (capacitação) e satisfação.

PALAVRAS-CHAVE: Autocuidado; Capacitação; Consulta de Enfermagem; Doente oncológico; Quimioterapia.

REF. BIBLIOGRÁFICAS:

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- CNA. (2008). *Advanced Nursing Practice - A National Framework*. Ottawa.
- Committe, A. P. (2004). Model for Advance Nursing Praticce at the Health Sciences Center. *Health Sciences Center*.
- Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes, The state of the science*. Toronto, Canada: Jones & Bartlett Learning.
- OEP (2010). *Competências Comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa.
- OEP (2015). Padrões de qualidade de enfermagem:enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed). Mosby, St. Louis.
- Paz, O., Sherida, K., Queiroz, O., Paula, A., & de Melo Matos, D. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem:revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 155-161.

APÊNDICE XVI- Poster apresentado nas 1as Jornadas de Enfermagem Avançada
da ESEL

APÊNDICE XVI- Poster apresentado nas 1as Jornadas de Enfermagem Avançada da ESEL

1 Jornadas
Pensar a Enfermagem Avançada no
contexto atual dos cuidados de saúde

18 Dezembro 2019
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Auditório do 1.ºo Artur Passar

CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DA PESSOA E FAMÍLIA SOB QUIMIOTERAPIA: CONSULTA DE ENFERMAGEM

Maíralda Lopes¹; Sandra Ponte²; Eunice Sá³

¹ Aluna do 1.ºo Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de especialização Oncológica; Enfermeira no Hospital Cuf Descobertas- Hospital de Dia Oncológico; mairalda@campus.esel.pt
² Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – H. S. Francisco Xavier – Hospital de Dia de Oncologia; smponte@chlo.min-saude.pt
³ Docente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Orientadora do Estágio Clínico do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de especialização Oncológica; esa@esel.pt

JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO/FUNDAMENTAÇÃO: É um projecto de intervenção dirigido para a resolução de uma problemática identificada no contexto profissional de forma a dar visibilidade às intervenções de enfermagem na Consulta de Enfermagem. O fenómeno de interesse depreende-se com as intervenções de enfermagem utilizadas em contexto de Consulta de Enfermagem (CE) na capacitação do doente oncológico sob tratamento de quimioterapia (QT) para o Autocuidado. Nesta perspectiva, a teoria do Autocuidado de *Dorothea Orem* sustenta o presente projecto como filosofia de cuidados e conceção da prática.

OBJETIVOS: Desenvolver competências, técnicas científicas e relacionais para a realização e avaliação da consulta de enfermagem (CE), ao doente/família proposto para QT; Promover a melhoria dos cuidados de enfermagem de forma contínua e obter indicadores de resultado a partir das intervenções de enfermagem de capacitação para o autocuidado.

ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTOS: *Revisão Scoping (JBI)* para responder à questão: “Quais as intervenções de enfermagem utilizadas na Consulta de Enfermagem para a Capacitação da Pessoa submetida a Quimioterapia?”; Estágios em unidades de referência para observação de CE (guia de observação e de notas de campo).

RESULTADOS: Do total de 34 artigos, aplicando os critérios de inclusão, foram selecionados 6 artigos para a revisão, obtendo 3 áreas centrais de intervenção: **Organização Estrutural da CE; Capacitar através de Informação (Doente e Cuidador) e Avaliação e Gestão eficaz de Sintomas e Sinais Adversos.** Foram observadas 7 CE e realizadas 19 colheitas de dados a doentes, com registo de notas de campo num total de 28 doentes, após consentimento dos doentes e dos enfermeiros. As Intervenções observadas na CE foram: **Acolhimento, avaliação inicial e identificação das necessidades do doente, intervenções educativas dirigidas para a autovigilância/complicações, alimentação, exercício e regime medicamentoso.**

QUAL A SUA OPINIÃO EM RELAÇÃO À CONSULTA DE ENFERMAGEM QUE TEVE ANTES DE INICIAR A QUIMIOTERAPIA?

“ACHAVA QUE IA SER PICADO...”; “GOSTEI MUITO, A ENFERMEIRA FOI MUITO SIMPÁTICA”; “FOI MUITO IMPORTANTE”; “FOI IMPORTANTE E MUITO ESCLARECEDORA”

■ Muito Esclarecedora ■ Des-me-confiança ■ Muito importante ■ Não-me-lembro-bem

COMO SE SENTIU NA CONSULTA?

“O DIAGNÓSTICO FOI DIFÍCIL...TIVE MUITO RECEIO DE ENTRAR NA CONSULTA...”; “SENTI-ME MUITO CONFIANTE E PREPARADA PARA O QUE VINHA DEPOIS DA CONSULTA”; “SAI DA CONSULTA COM CONFIANÇA NA EQUIPA E QUE IA CONSEGUIR LIDAR COM ESTA DOENÇA”

■ Não sabia o que era a CE ■ Senti-me apreensivo ■ Senti-me bem/apoiada ■ Não respondeu

QUE TÓPICOS FORMAM ABORDADOS? QUE ESTRATÉGIAS LHE FORAM TRANSMITIDAS PARA SE AUTOCUIDAR EM CASA?

“FALARAM-ME DO QUE PODIA COMER E O QUE NÃO PODIA COMER”; “A ENFERMEIRA DISSSE-ME QUE NÃO PODIA TER FERIDAS NEM CORTES”; “DIZERAM-ME PARA LAVAR A FRUTA E DESCASCAR TODOS OS CRUS”; “NÃO SEI BEM DO QUE FALAMOS...”; “NÃO ME LEMBRO BEM...”; “FALAMOS DE COMO PREVENIR OS EFEITOS DO TRATAMENTO”

■ Cuidados com a Alimentação ■ Cuidados com a pele/cabelo/unhas ■ Efeitos secundários da QT/crises agudas ■ Cuidados com as infeções ■ Não me lembro especificamente

QUE ESTRATÉGIAS UTILIZOU EM CASA?

“CUIDADOS COM A PELE E A BOCA”; “TENHO COLOCADO MUITO CREME HIDRATANTE”; “NENHUMA A BEM DIZER... PORQUE NÃO ME SENTI MAL”; “FUI COMPRAR OS COMPRIMIDOS QUE A ENFERMEIRA ME DISSSE PARA COMPRAR PARA AS NÁUSEAS E A DIARREIA”; “TENHO TIDO CUIDADO COM A ALIMENTAÇÃO”

■ Alimentação ■ Prevenção de infeções ■ Controlo de efeitos secundários ■ Nenhuma porque não me senti mal

QUE ESTRATÉGIAS FORAM ABORDADAS NA CE?

■ Cuidados com a Alimentação ■ Cuidados com a pele/cabelo/unhas ■ Efeitos secundários da QT/crises agudas ■ Cuidados com as infeções ■ Não me lembro especificamente

O QUE FEZ/FOU NA CONSULTA? QUE ENGENHO OU TÓPICOS NÃO FORMAM ABORDADOS?

“EU PRECISAVA DE MAIS INFORMAÇÃO COMO CUIDADORA”; “NADA...FOI TUDO FALADO”; “PENSO QUE NADA... DEPOIS DE MOSTRAREM O SERVIÇO PERCEBI QUE HAVIA PESSOAS NORMAIS SEM VOMITAR E A PASSAR MAL E ISSO DEU-ME CONFIANÇA”

■ Satisfeito ■ Insatisfeito

CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA: A CE insere-se como uma **intervenção de enfermagem autónoma** onde é favorecida a **capacitação para o autocuidado** e onde o enfermeiro cumpre a sua principal função de **educador e promotor da literacia em saúde**, na **prevenção, identificação e tratamento de complicações** que advêm da QT. Contudo para obter indicadores de resultado da prática de enfermagem é necessário o desenvolvimento de programas de acompanhamento (*follow-up* telefónico) e avaliação da CE e dos doentes/família ao longo de todo o seu percurso de tratamento, tendo em consideração que, as expectativas dos cuidados variam de utente para utente, do seu mapa socioeducativo e cultural, da personalidade e educação da pessoa, do seu estado de saúde, entre outros fatores condicionantes.

Consideramos ter desenvolvido competências de prática de enfermagem avançada, nomeadamente, competências clínicas de prestação de cuidados ao doente oncológico submetido a quimioterapia, e competências de investigação, como diagnóstico de situação, pesquisa e utilização de evidência científica, análise e divulgação de dados à equipa multidisciplinar.

Sugerimos a continuidade desta metodologia de trabalho na prática clínica para a promoção da melhoria dos cuidados de forma contínua e para a obtenção de indicadores de resultado sensíveis à prática de enfermagem, nomeadamente, ganhos em conhecimento, capacitação e satisfação global dos cuidados de saúde.

CNA (2005). *Advanced Nursing Practice - A National Framework*. Ottawa.
 Cornthwaite, A. (2004). *Model for Advanced Nursing Practice at the Health Sciences Center*. Health Sciences Center.
 Davis, D. (2010). *Nursing Education: Theoretical Perspectives*. Toronto, Canada: Jones & Bartlett Learning.
 JBI (2010). *Scoping Review: A method for identifying and summarizing the available evidence on a specific issue or topic*.
 JBI (2010). *Methodology of scoping reviews*.
 Orem, D. (1985). *Nursing: Concepts and Practice*. St. Louis, MO: C.V. Mosby.
 Paio, D., Maíralda, L., Queiroz, R., Ponte, S., & Sá, E. (2019). *Temas e abordagens nas reuniões de enfermagem: revisão integrativa da literatura*. *Revista de enfermagem de enfermagem*, pp. 155-161.

APÊNDICE XVII – Estudo Caso realizado no contexto de estágio B

APÊNDICE XVII- Estudo Caso realizado no contexto de estágio B

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Médico-Cirúrgica,
Vertente de Oncologia

ESTUDO DE CASO

Aluna:
Mafalda Santana Lopes N° 8893

Lisboa

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Médico-Cirúrgica,
vertente de Oncologia

ESTUDO DE CASO

*Capacitar a Pessoa/Família proposta para Quimioterapia em contexto de
Consulta de Enfermagem*

Estágio no Hospital de Dia B

Aluna:

Mafalda Santana Lopes Nº 8893

Regente:

Professora Eunice Sá

Orientadora:

Enfª Chefe Sandra Ponte

Lisboa

Dezembro de 2019

ÍNDICE

Introdução	4
1. O cuidado centrado na Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem	6
2. Descrição da Pessoa, Família, Contexto de Vida e História de Saúde	9
3. Diagnóstico do Estado de Saúde e Planeamento de Cuidados	11
4. Conclusão.....	17
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19

Introdução

Inserido no contexto de ensino clínico, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente oncológica, insere-se este Estudo de Caso com o tema: Capacitar o Utente/Família proposto para Quimioterapia em contexto de Consulta de Enfermagem

A elaboração deste trabalho tem como objetivo geral desenvolver competências que permitam cuidar o adulto em risco ou portador de doença oncológica e a sua família em contexto hospitalar. Da mesma forma, possui como objetivos específicos refletir sobre o papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados de saúde detendo como competência a compreensão aprofundada do impacto da doença oncológica e os efeitos secundários inerente ao seu tratamento na pessoa e seus familiares; decidir sobre as intervenções de enfermagem que respondem ao risco, aos problemas de saúde e às necessidades de vigilância destas pessoas; intervir de forma segura, eficaz e fundamentada ao longo do percurso da doença oncológica do adulto e idoso, fornecer informação relevante à pessoa e seus familiares sobre a sua situação de saúde através de um plano educativo que promova a capacitação e a escolha informada da pessoa sobre a sua saúde.

Em conformidade com o exposto, é criado este documento, partindo da premissa de que um estudo de caso é um método de investigação que inclui a recolha de informação, um processo de pensamento crítico, clínico e reflexivo na busca de compreensão da situação e de estratégias de atuação bem como um processo de avaliação que permite um estudo aprofundado de uma pessoa, família ou comunidade, com a sua complexidade e dinamismo particulares (Galdeano, Rossi & Zago, 2003) e fundamenta as ações de enfermagem, proporcionando uma intervenção individual personalizada, na qual a pessoa é vista como um ser único e não como um conjunto de sinais e sintomas (Figueiredo *et al.*, 2000).

Para tal, foi selecionada uma pessoa com doença oncológica em fase de diagnóstico e proposta para tratamento antineoplásico, em contexto de Consulta de Enfermagem pré início de quimioterapia. Foi obtido o seu consentimento

verbal após apresentação dos objetivos e garantia de sigilo profissional e confidencialidade da informação recolhida.

O presente documento divide-se em 6 partes, sendo a primeira a introdução ao trabalho, a segunda parte a um enquadramento conceptual que serviu como base para a intervenção aqui analisada, assim como, os contributos conceptuais da Teoria do Défice de Autocuidado, de *Dorothea Orem*. Na terceira parte descrevo a Pessoa, Família, Contexto de Vida e História de Saúde e na quarta parte realizo um diagnóstico do Estado de Saúde e apresento o Planeamento de Cuidados necessário. Finalmente, na quinta parte apresento a conclusão do presente estudo caso e as competências que desenvolvi na sua realização.

1. O cuidado centrado na Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem

A realização deste estudo caso incidirá sobre o Sr. J. M. G.; género masculino, atualmente com 65 anos de idade. Gosta de ser tratado por Sr. J. A colheita de dados foi orientada tendo como suporte a Teoria do Défice do Autocuidado de Orem, na qual o Autocuidado é o conceito chave.

Segundo esta teórica, todos os seres humanos têm, para além da motivação essencial, potencial para o desenvolvimento de habilidades intelectuais e práticas para o autocuidado. Segundo Petronilho (2012), o autocuidado depreende um conceito complexo e multidimensional que tem evoluído ao longo do tempo e que está associado à independência e responsabilidade pessoal. O mesmo autor complementa esta definição, referindo que pode ser contextualizado como um processo inato de saúde e bem-estar, mas também, como um processo aprendido face aos processos de saúde-doença dos doentes.

Nesta perspetiva, os indivíduos levam a cabo comportamentos de procura de saúde, em que o resultado de promoção da saúde e das intervenções para gerir a doença, visam melhorar os problemas de saúde física e psicossocial, assim como, a condição de saúde em geral (Petronilho, 2012 *in* Sidani, 2011). Assim, o autocuidado representa um referencial teórico para as intervenções educacionais, cognitivas e comportamentais que têm como objetivo aumentar os conhecimentos e habilidades das pessoas face às necessidades decorrentes dos seus processos de saúde.

No âmbito do Autocuidado, Dorothea Orem desenvolveu a Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem (TDACE), englobando 3 teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias, a Teoria do Défice de Autocuidado que descreve e explica por que razão as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem, e por último, desenvolveu a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, onde é descrito e explicado as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza uma relação em enfermagem.

Segundo Taylor (2004), Orem identificou dois grupos de ciências de enfermagem especulativas: ciências da prática de enfermagem e ciências

fundamentais. No primeiro grupo incluí as ciências da enfermagem totalmente compensatória, da enfermagem parcialmente compensatória e da enfermagem apoio-educação. O apoio e educação estão relacionados com o facto de a pessoa que se encontra sob orientação e assistência é capaz de aprender e desempenhar as ações de autocuidado terapêutico. O último grupo abrange ainda as ciências do autocuidado, a actividade de autocuidado e a ajuda humana.

A mesma autora baseia-se na premissa que os seres humanos vivenciam limitações na capacidade de cuidar-se a si próprios, havendo a necessidade de executar intervenções para a manutenção da vida e da regulação das várias funções básicas. Do mesmo modo, Orem (2001) aborda o conceito de autocuidado, dizendo que engloba ações com foco na prevenção, alívio, cura ou controlo de condições que afetam, ou podem vir a afetar a vida, o bem-estar e a saúde.

Orem na sua Teoria de Autocuidado, desenvolve igualmente o conceito de Requisitos de Autocuidado de Desenvolvimento (RAD), relevantes para a formação de características humanas, estruturais, funcionais e comportamentais.

Ela assinala também um conceito secundário denominado de requisitos de autocuidado universais (RAU), de Desenvolvimento e de Desvio da Saúde (DDS), assim como, um conceito primário que é definido como condicionantes básicos.

Deste modo, capacidade de autocuidado refere-se ao conhecimento, habilidade e experiência que as pessoas precisam de obter para a realização do autocuidado. A estrutura deste conceito inclui as disposições e capacidades fundamentais (capacidades básicas necessárias para que os indivíduos, por meio destas, possam aprender ou realizar atividades); componentes de poder (referem-se à capacidade de raciocinar, aprender e executar atividades aprendidas) e as operações de autocuidado (significam que as pessoas estão preparadas ou prontas para a realização do autocuidado, de determinar o que é requerido para o seu autocuidado e tomar decisões sobre os seus requisitos e ações) (Silva, Haddad, Pereira, & Lima, 2012).

As capacidades de autocuidado podem ser abordadas em relação ao seu desenvolvimento, operabilidade e adequação. O desenvolvimento é definido em

relação aos tipos de ação de autocuidado que as pessoas realizam, a operabilidade é descrita relativamente aos tipos de ações de autocuidado que os indivíduos realizam de forma consciente e efetiva e por fim, a adequação é determinada quando se compara o tipo de ações de autocuidado que as pessoas realizam e o tipo de autocuidado requerido para satisfazer a exigência do episódio de doença que é projetado no autocuidado terapêutico necessário (Silva, Haddad, Pereira, & Lima, 2012).

As ações de autocuidado são as práticas ou atividades que as pessoas iniciam ou realizam em benefício próprio com a finalidade de manter a vida, saúde ou qualidade de vida. Envolve a deliberação plena diante do que está a ser realizado é a tomada de consciência de algo que pressupõe a decisão da pessoa em querer realizar ações para se autocuidar (Tomey & Alligood, 2004).

Nesta perspectiva, surge Défice de Autocuidado, quando as necessidades são superiores à capacidade de a pessoa autocuidar-se. Assim, perante a avaliação deste défice, o enfermeiro adequa a sua intervenção, no sentido de minimizar os seus efeitos (Orem, 2001).

É descrito igualmente por Taylor (2004), que a TDAC tem sido usada de forma regular no cuidado em Oncologia, nomeadamente, para a prevenção do cancro ou para a preservação do autocuidado após este tipo de diagnóstico. Neste sentido, a teoria de Orem é utilizada também como forma de documentar a importância do papel de enfermeiro especialista.

Orem define igualmente a existência de três tipos de requisitos para o autocuidado: os universais – que estão presentes em todos os seres humanos independentemente da idade e influenciam diretamente a sua estrutura, as suas funções e fases de vida, interrelacionando-se entre si (correspondem às atividades de vida diária: a manutenção de uma ingestão suficiente de água, ar e nutrientes; os cuidados associados aos processos de eliminação; o equilíbrio entre atividade e repouso; o equilíbrio entre solidão e interação social; a prevenção de riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar e o desejo de normalidade) –, os do autocuidado de desenvolvimento – formação e desenvolvimento de condições que promovam os processos de desenvolvimento em cada período do ciclo vital – e os requisitos referentes ao desvio de saúde, que correspondem às alterações decorrentes de problemas de saúde que

podem gerar dificuldades na manutenção adequada do autocuidado (Orem, 2001).

Na teoria de Orem (2001) define como estratégias e regras da prática de enfermagem o contacto inicial com a pessoa que necessita do cuidado, a continuidade do contacto para desenvolvimento das ações de enfermagem e a preparação da pessoa doente para o desenvolvimento de ações de cuidado independente da supervisão de enfermagem.

Assim, os cuidados de enfermagem constituem uma sequência de ações compensatórias das limitações associadas à saúde da pessoa para empreender ações reguladoras do seu próprio funcionamento e desenvolvimento.

Neste âmbito a autora identifica cinco áreas de actividade para a prática de enfermagem, nomeadamente, agir ou fazer para o outro, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e por último, ensinar (Orem, 2001 *in* Petronilho, 2012). Este processo obedece à determinação dos requisitos de autocuidado; à determinação de competências para o autocuidado; à determinação da necessidade terapêutica; à mobilização de competências do enfermeiro e ao planeamento da assistência nos sistemas de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

2. Descrição da Pessoa, Família, Contexto de Vida e História de Saúde

O Sr. J. reside em Lisboa, é casado e vive com a esposa, a Sra. M.S, com 62 anos de idade, constituindo-se como a pessoa de referência. O utente é reformado, informático de profissão. Tem uma filha de 32 anos de idade, saudável, que vive em Coimbra. É o mais novo de TRÊS irmãos, referindo ter tido uma relação próxima com o irmão mais novo que o apoiou de forma permanente ao longo da vida até ao seu falecimento.

Conta com o apoio da esposa e da filha, dos vários amigos de profissão e de um vizinho próximo. Considera ter uma boa rede de apoio, e considera que não necessita de ajuda nesta fase da sua vida, pretendendo manter-se o mais autónomo possível apenas com o apoio da esposa. É licenciado em Engenharia Informática, tendo exercido a profissão durante 35 anos numa empresa multinacional.

Vive num apartamento próprio com 4 assoalhadas, no rés-do-chão de um prédio de três andares. A habitação possui saneamento básico e água canalizada, assim como sistemas de aquecimento e arrefecimento. Situa-se numa zona de fácil acesso a todo o tipo de serviços e que permite ao Sr. J., quando no domicílio, desenvolver algumas atividades de lazer, como ler, ouvir música e passear, atividades que lhe proporcionam bastante prazer.

Relativamente aos antecedentes pessoais de saúde, o Sr. J. apresenta em 2009 um diagnóstico de cardiopatia isquémica, com um episódio de enfarte agudo do miocárdio, tendo realizado cateterismo com colocação de *stent*. Apresenta também cirurgia ao ouvido direito por exostose do canal auditivo externo. Cumpre aspirina 100 mg, lisinopril 5 mg, sinvastatina 10 mg como terapêutica de domicílio. Não apresenta alergias medicamentosas ou alimentares conhecidas. Pai falecido com tumor da próstata e irmãos falecidos de tumor do pulmão e hepatocarcinoma. Considera-se autónomo nas suas actividades de vida diárias e segundo o médico assistente, é avaliado como PS-ECOG 1 devido a fadiga moderada na altura do diagnóstico.

A história de doença oncológica do Sr. J. iniciou-se por um quadro de cansaço médio a pequenos esforços, quadro de astenia, anorexia marcada e enfartamento pós prandial, com 3 dias de evolução, dando entrada no serviço de urgência do Hospital B. Foi internado no serviço de gastroenterologia pelas razões já enumeradas e por ter iniciado um episódio de fezes com características compatíveis com melenas. Já internado realiza endoscopia alta urgente obtendo como resultado uma neoplasia gástrica.

A endoscopia alta revelou no estomago uma lesão vegetante no fundo gástrico sem outras alterações relevantes. As biopsias realizadas revelaram um carcinoma de células pouco coesas.

Realizou TAC-TAP para estadiamento da doença que revelou volumosa lesão neoplásica ocupando a parte do fundo gástrico e ainda parte do corpo do estomago. Acompanha-se múltiplas adenopatias loco regionais do tronco celíaco e mesentéricas lombo-aórticas, identificando-se pelo menos quatro nódulos hepáticos hipotensos sugestivos de metástases. O plano médico instituído foi iniciar quimioterapia sistémica com Cisplatina e Capecitabina, tendo sido referenciado para Consulta de Enfermagem antes de iniciar tratamento antineoplásico.

Na consulta de enfermagem (CE), o Sr. J. veio acompanhado pela esposa. Apresenta uma idade superior à cronológica. Fáceis calmo e de sorriso fácil. Apresenta aparência cuidada e devidamente higienizada. Pele e mucosas descoradas e hidratadas. Sem sudorese ou outro odor significativo. Membros superiores com coloração e temperatura mantida, sem edemas. Pesa atualmente 55Kg e mede 1,75m de altura. Aspeto emagrecido. Refere perda de peso (10kg) desde o diagnóstico pela dificuldade que tem sentido em se alimentar pela anorexia marcada que sente.

O tórax apresenta-se sem assimetrias ou alterações aparentes, com pele íntegra, nas faces anterior e posterior. Região abdominal timpanizada e dolorosa à palpação, com desconforto na região epigástrica e hipocôndrio esquerdo, depressível e sem defesa. Sem massas ou organomegalias. Sem alterações da região genital, inguinal ou nadegueira segundo o Sr. J., verificando-se integridade cutânea aparentemente mantida. Membros inferiores simétricos, alinhados, com coloração e temperatura mantidas. Edema moderado dos membros inferiores e pés, com Godet negativo.

Analiticamente com anemia ferropénica 9.6 de hemoglobina, tendo prescrito ferro endovenoso pré início do primeiro ciclo de quimioterapia. Hemodinamicamente estável (TA 120/82 mmHg; FC de 81 bpm, FR: 14 cpm; sem dor), apirético.

O Sr. A. encontra-se orientado no espaço, tempo e pessoa. Recetivo e comunicativo à abordagem, mostrou-se atento à informação disponibilizada na CE. Refere inicialmente o impacto que sofreu com o diagnóstico de cancro, tendo em conta que “perdi dois irmãos para esta doença” (SIC) e que foi “um grande choque...,mas para a frente é que é o caminho” (SIC). Mantém o foco na sua recuperação física e numa evolução positiva da sua condição de saúde. Por outro lado, receia os efeitos adversos da quimioterapia e tem medo de “se ir muito abaixo e vomitar muito” (SIC). Refere várias vezes, ao longo do seu discurso, que se sente menos energético e mais triste desde o diagnóstico.

3. Diagnóstico do Estado de Saúde e Planeamento de Cuidados

A CE tem como finalidade assegurar o acompanhamento de enfermagem ao doente oncológico e sua família proposto ou em mudança de linha terapêutica de quimioterapia, promovendo a gestão e adesão ao regime terapêutico e medicamentoso instituído (Ricou, Sánchez & Ponte, 2018).

Segundo Ricou, Sánchez & Ponte (2018) e de acordo com a Portaria número 306 A (2011) da DGS (2007), a CE é uma “intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado”.

Assim, quando o doente oncológico tem indicação para quimioterapia é referenciado pelo médico assistente para uma consulta de enfermagem de 1ª vez presencial. Esta consulta serve de suporte legal das estratégias educacionais e motivacionais desenvolvidas pelos enfermeiros aos doentes e suas famílias, na promoção da capacitação de Gestão do Regime Terapêutico e obtenção de Ganhos em saúde, a quem é exigido uma Adesão ao Regime Terapêutico através de actividades como a comparência apropriada nas consultas e sessões de tratamentos, cumprimento do regime medicamentoso, do regime dietético, regime do exercício e na adoção de comportamentos e alterações de estilos de vida que melhorem os resultados dos cuidados e a qualidade de vida dos doentes (Ricou, Sánchez & Ponte, 2018).

Segundo Sá, Lopes & Basto (2019), devido ao impacto dos efeitos secundários provocados pela quimioterapia e ao contexto de cuidados em ambulatório deste tipo de tratamentos, o autocuidado insere-se como um foco de intervenção dos cuidados de enfermagem. Este facto é sustentado também por Roe & Lennan (2014) quando abordam os efeitos da quimioterapia, declarando que provocam toxicidades significativas, mas previsíveis e que os efeitos secundários mais graves se desenvolvem enquanto o paciente está em casa entre os ciclos de tratamento.

O doente que não adere ao regime terapêutico sofre agudizações da doença, que conduzem a internamentos frequentes, prejudicando a gestão e controlo sintomático e a consequente qualidade de vida.

Nesta avaliação clínica, a avaliação de enfermagem estabelece a presença de qualquer toxicidade e determina a necessidade de intervenção (Roe & Lennan, 2014). As mesmas autoras enunciam que para além da avaliação física é essencial que o enfermeiro avalie o impacto psicológico de ter um diagnóstico de cancro e o impacto de receber tratamento para isso. Esta avaliação inclui o sentimento de incerteza quanto aos resultados do tratamento e quanto ao futuro.

Neste sentido para Sá, Lopes & Basto (2019), existe a necessidade de implementar uma intervenção de enfermagem integrada e adaptada a cada utente, utilizando evidência científica e a experiência do doente na implementação de um plano de cuidados.

Envolver o doente na definição destes objetivos de cuidado e incluí-lo como parte responsável na tomada de decisão terapêutica poderá ser vantajoso, na medida em que, tal como afirma Orem (2001), ao longo do processo de intervenção de enfermagem, é necessário ter em consideração os componentes que influenciam a capacidade para desempenhar as ações requeridas para o autocuidado, das quais se destacam a motivação e a habilidade para tomar e operacionalizar decisões de autocuidado, sendo muitas vezes suficiente a presença, segurança e palavras de encorajamento do enfermeiro para que a pessoa doente se sinta com capacidade para controlar e dirigir a sua ação de autocuidado ou supervisão para a concretização dessa atividade.

Deste modo na CE do Sr. J. após a validação da identificação correta do utente (através da verificação do nome completo, número do processo e data de nascimento), é perguntado o nome preferido, contacto telefónico e profissão. Seguidamente, confirmação da patologia neoplásica e co morbilidades do utente (levantamento da historia clinica, motivo de admissão, antecedentes pessoais, medicação de ambulatório, contacto de referencia); avaliação da comunicação do utente (expressiva e recetiva), avaliação da acuidade visual, auditiva e uso de próteses; avaliação do grau de dependência do autocuidado alimentar-se, uso do sanitário e mobilizar-se; verificação da existência de dispositivos médicos, história de dor, verificação da existência do consentimento informado (assinado) para realização de QT proposta (documento digitalizado), é iniciada a explicação das características do tratamento, via de administração e periodicidade.

É explicado igualmente as rotinas do serviço, horários de funcionamento, e funcionamento da consulta de urgência se necessitar. É clarificado que pode estar acompanhado na sala de tratamento e que pode ler, ouvir música ou dormir. É incentivado a ingerir uma refeição ligeira antes de vir para tratamento. É explicado o ciclo do tratamento e as razões para adiar ou reduzir a dose.

São então realizados ensinamentos sobre autovigilância, nomeadamente cuidados à pele, reforço de hidratação; aplicação de creme hidratante, higiene com água morna e produtos neutros, cuidados na exposição solar (aplicação de protetor solar) ou cuidados na exposição ao frio (alterações na sensibilidade), autovigilância de alterações cutâneas, proteção das unhas, cabelos e prevenção da alopecia, cuidados com mãos/pés (vermelhidão/descamação), uso de toalhas/roupa macia, etc.

No mesmo âmbito, são realizados ensinamentos sobre padrão alimentar, nomeadamente, na confeção dos alimentos (higiene e cozedura); ingestão lenta e polifracionada dos alimentos ao longo do dia (leves/moles com temperos aromáticos), identificação dos alimentos preferenciais e os evitáveis, reforço de ingestão de líquidos fora das refeições, cuidados na ingestão de bebidas frias (geladas), alimento com condimentos ácidos e açucarados.

Também, são abordados ensinamentos sobre padrão de exercício, exercício da profissão, capacidade de manutenção da actividade regular, importância de caminhadas ao ar livre, intervalos de repouso entre actividades e a eventual necessidade de efetuar sestas.

É igualmente realizado ensinamentos sobre complicações do regime medicamentoso, como por exemplo sinais de alerta e com motivo de consulta de urgência, nomeadamente, sinais de infeção/febre ($> 38^{\circ} \text{C}$), feridas na boca (ulcera ou eritema) / sensação de queimadura/dificuldade em engolir/diminuição da capacidade de ingestão de alimentos/ vômitos persistentes (2 a 3 episódios/24h) /aumento de episódios de diarreia (> 4 defeções/dia) /dor moderada (cólicas) /sem emissão de gases há 48H.

Por fim foi providenciado material de leitura sobre o regime terapêutico, orientado para a consulta de oncológica de urgência, contactos telefónicos de enfermagem, psicologia, nutrição, assistente social, consulta da dor, terapias complementares e foi realizada a apresentação da estrutura física do serviço e

os elementos da equipa, com visita guiada e demonstração do circuito do utente e recursos existentes disponíveis (cacifos, TV, revistas, livros, refeições).

Santos, Ramos & Fonseca (2017), reforçam que o autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham de forma deliberada por si próprias ou que alguém executa por elas para preservar a vida, a saúde, o seu desenvolvimento e o bem-estar.

Quando as necessidades de autocuidado excedem a capacidade de autocuidado-por exemplo, no caso das doenças crónicas, nomeadamente, doenças do foro oncológico, as pessoas experienciam desvio de saúde e necessitam de cuidados acrescidos. Consequentemente precisam de satisfazer as suas necessidades de autocuidado que o impacto da doença e gestão do regime de tratamento requer.

A análise aos requisitos universais para o autocuidado do Sr. J. permite evidenciar que os requisitos para a manutenção de um aporte de ar suficiente, de cuidados associados aos processos de eliminação, de manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso e os requisitos para a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro dos grupos sociais de acordo com o potencial humano, o conhecimento das limitações humanas e o desejo de normalidade, não apresentam alterações.

Desta forma, segundo Santos, Ramos & Fonseca (2017), a aplicação de um programa educacional baseado na Teoria de Orem, provocam aumento da capacidade de autocuidado dos doentes e famílias propostos para quimioterapia.

Deste modo os mesmos autores declaram que, quando a pessoa de forma consciente, controlada, intencional e efetiva, atinge a sua autonomização real, existe actividade de autocuidado (Santos, Ramos, & Fonseca, 2017).

Assim, o Sr. J., apresenta, devido à especificidade dos efeitos adversos expectáveis dos tratamentos antineoplásicos a que irá ser submetido, um agravamento da anorexia e agravamento da astenia, havendo portanto uma alteração no requisito de prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar, no requisito de manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação humana e no requisito de manutenção de um aporte de água e alimentos suficiente. Neste sentido, de forma complementar ao programa educacional da CE, desenvolvi um plano de cuidados direcionado para estes focos de autocuidado.

Requisitos de Autocuidado			Capacidade de Autocuidado ou menor que Demanda de Autocuidado ou terapêutico	Diagnósticos de Enfermagem	Sistemas de Enfermagem			Ações de Enfermagem- Plano de Cuidados do Sr.J. e Esposa
Universais	De Desenvolvimento	Desvio de Saúde			Totalmente compensatório	Parcialmente compensatório	Apoio e Educação	
<p>✓ Requisito de prevenção de perigos para a vida e funcionamento e bem-estar;</p> <p>✓ Requisito de manutenção de um aporte</p>		<p>✓</p> <p>✓</p>	X	<p>✓ Incapacidade para gerir o regime medicamentoso: não demonstra</p>			X	<p>Ensinar sobre Autovigilância:</p> <p>Explicar sinais de alerta dos efeitos secundários relacionados com o tratamento.</p> <p>Ensinar sobre complicações:</p> <p>Explicar alterações hematológicas, gastrointestinais, dermatológicas e de sensibilidade; sexuais, neurológicas e infecciosas.</p>

de água e alimentos suficientes.			X	✓ Capacidad e para gerir o regime dietético: não demonstra			X	<p>Ensinar sobre padrão alimentar:</p> <p>Cuidados na confeção e tempero dos alimentos. Necessidade de cumprir Dieta variada e polifraccionada. Reforço hídrico.</p> <p>Ensinar sobre padrão de exercício:</p> <p>Adequar a atividade/repouso; realizar sesta, manter-se ativo durante o dia, realizar caminhadas de 20 minutos.</p>
✓ Requisito de manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação humana;			X	✓ Capacidad e para gerir o regime de exercício: Não demonstra			X	

4. Conclusão

Para a EONS, os enfermeiros especialistas em oncologia são profissionais qualificados, com autoridade e total responsabilidade em fornecer cuidados de enfermagem essenciais às pessoas afetadas com cancro. Este cuidado deve ter como base conhecimentos científicos, éticos, competências pessoais e especializadas (EONS, 2018), dimensões que vão de encontro com as competências estipuladas também pela Ordem dos Enfermeiros onde é definido que estes profissionais devem assegurar a continuidade dos cuidados ao longo do percurso de vida do paciente, nomeadamente, fase de rastreio, diagnóstico, tratamento, recidiva e palição (OE, 2010).

Do mesmo modo, os enfermeiros detêm a capacidade de identificar o impacto do cancro no bem-estar físico, psicológico, emocional, espiritual e social das pessoas e suas famílias, implementando intervenções de enfermagem baseadas na evidência, de forma a avaliar, prevenir e gerir as consequências que a doença oncológica acarreta no seu dia-a-dia, adaptado a sua ação à fase de doença em que se encontram, desenvolvendo um plano de cuidados individualizado (EONS, 2018; OEP, 2010).

Com o passar dos anos de vida, as pessoas vão adquirindo conhecimento sobre o que devem e como devem realizar o seu autocuidado, por exemplo, conhecimento sobre a prevenção de infeções recorrendo a maior higiene oral e corporal. Desta forma, o desenvolvimento e a operabilidade das capacidades de autocuidado podem ser afetados, entre outros fatores, pela cultura, experiência de vida, estado de saúde, padrões de vida doenças, sistema familiar, idade, género e escolaridade. Uma pessoa com potencial de satisfazer as necessidades de saúde é conhecida como agente de autocuidado, capaz de satisfazer necessidades de saúde, de natureza universal, etapa de desenvolvimento e de desvio de saúde.

As capacidades de autocuidado incluem componentes ou habilidades para a ação deliberada: incorporar ou excluir coisas específicas ou modelar comportamentos de saúde, a partir da compreensão dos seus significados, compreender a necessidade de mudar ou regular as coisas observadas, adquirir conhecimentos sobre o curso de ação a ser seguido para a regulação, decidir o que fazer, agir para alcançar a mudança ou atingir a regulação.

Segundo Orem (2001), a necessidade de autocuidado terapêutico é a soma das medidas necessárias de autocuidado em momentos específicos, ou durante um período específico, para atender a todos os requisitos de autocuidado necessários à pessoa, quer ao conjunto de requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde. Como exemplo, podem-se citar todos os cuidados necessários que o doente oncológico proposto para quimioterapia precisar de conhecer para realizar o seu autocuidado no domicílio. Nomeadamente, ao realizar caminhadas diárias e ao ingerir alimentos/água em quantidade adequada, porque lhe foi transmitido esta informação e porque compreende a necessidade e a importância destas actividades relativamente ao controlo da sua doença e à prevenção de efeitos adversos, o Sr. J. é avaliado como um doente capacitado para realizar ações terapêuticas de autocuidado.

A revisão da literatura realizada demonstrou que a gestão de sintomas do paciente é um importante aspeto do atendimento oncológico e que os enfermeiros podem ajudar as pessoas na sua autogestão, nomeadamente dos seus sintomas, recorrendo a métodos estabelecidos, através de um programa de educação e de *follow up*.

Permitiu-me igualmente refletir sobre a importância de fornecer informações em específico à família/cuidadores. Neste sentido, considerando a necessidade que o doente oncológico tem de apoio social, nomeadamente, na gestão da sua sintomatologia em contexto do domicílio, apoiar o cuidador é uma área que precisa de mais atenção (Roe & Lennan, 2014). Os mesmos autores clarificam este facto afirmando que, às vezes, estes precisam de uma conversa sem a presença do paciente e de outro tipo de informação que não abordada em CE e, neste sentido, os enfermeiros são o profissional melhor posicionado para tal, uma vez que os cuidados holísticos e de avaliação de necessidades estão no cerne da prática profissional (Roe & Lennan, 2014, pág. 105).

Deste modo, após a CE seria importante estender o programa educacional do utente e avaliar se o Sr. J se encontra capacitado para lidar com a doença e os efeitos adversos do tratamento, através de um sistema de *follow up* telefónico. Seria igualmente importante orientar os ensinamentos para a esposa do Sr. J, alocando-lhe tempo para esclarecimento de dúvidas ou para se falar de medos/receios.

Em jeito de conclusão, o presente trabalho demonstra de forma prática a intervenção do enfermeiro nos cuidados à pessoa com cancro, indo, deste modo, de encontro com os objetivos gerais pretendidos para o desenvolvimento deste estudo caso.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral de Saúde. (2017). *Plano Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- European Oncology Nursing Society (2018). *Cancer Nursing Education Framework*.
- Figueiredo, D. A., Damascena, L. C. L., Oliveira, J. S. & Batista, P. S. S. (2000). O estudo de caso como estratégia de ensino e aprendizagem na disciplina enfermagem em clínica I. Opinião dos discentes. Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica e Administração/ Monitoria. Acedido a: 20/12/2019. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/IXEnex/iniciacao/documentos/anais/6.SAUDE/6CC SDEMCAMT03.pdf>
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 11 (3), 371-375
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Paz, O., Sherida, K., Queiroz, O., Paula, a., & de Melo Matos, D. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem:revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 155-161.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado. Conceito central da Enfermagem*. Lisboa: Formasau.
- Roe, H., & Lennan, E. (2014). Role of nurses in the assessment and management of chemotherapy-related side effects in cancer patients. *Nursing: Reserach and Reviews*, 103-115.

- Sá, E., Lopes, M., & ML, B. (2019). Antineoplastic therapy administration: Nursing intervention in the relief of suffering. . *Rev Bras Enfermagem* , 177-82.
- Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). Training to practice: Importance of Self-Care Theory in Nursing Process for improving care. *Journal of Aging & Innovation*, 6 (1): 51.
- Silva, J., Haddad, J., Pereira, M., & Lima, R. (2012). Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado-Doratheia Orem. Em *Teorias de Enfermagem* (pp. 84-102). Brasil.
- Taylor, Susan. (2004). *Teoria do défice de autocuidado de enfermagem*. Lisboa: Lusociência.
- Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem). 5ª Edição. Loures: Lusociência.
- Ricou, C; Sánchez, J; Ponte, S. (2018). Hospital de Dia de Oncologia. Norma de Procedimento. CONSULTA DE ENFERMAGEM ONCOLÓGICA. Acessível no Hospital São Francisco Xavier, Lisboa, Portugal.

APÊNDICE XVIII- Guia de Boas Práticas para a CES

APÊNDICE XVIII- Guia de Boas Práticas para a CES

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º Curso de Mestrado em Enfermagem

Guia de boas Práticas

Consulta de Enfermagem Subsequente

1. Objetivo da Consulta de Enfermagem Subsequente (CES)

Este procedimento visa definir e uniformizar:

- Procedimentos inerentes à CES em Hospital de Dia;
- Assegurar a realização da CES a todas as pessoas submetidas a terapêutica antineoplásica em contexto de Hospital de Dia.

2. Âmbito

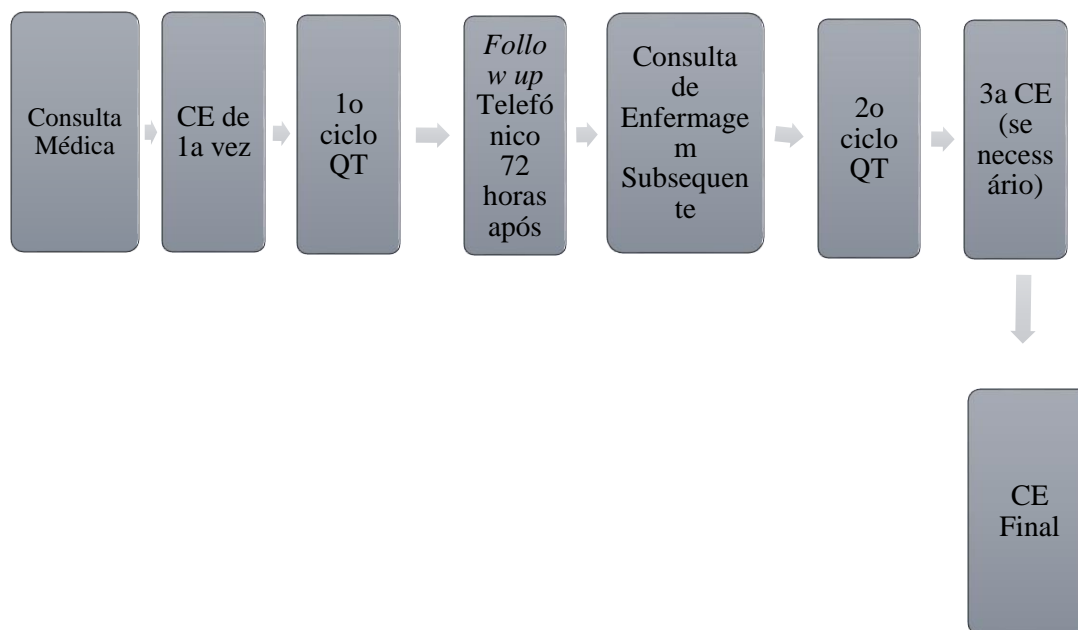
Este procedimento aplica-se à equipa de enfermagem do Hospital de Dia Oncológico do Hospital CUF Descobertas.

3. Descrição

A CES tem como objectivos:

- Dar continuidade ao plano de cuidados de enfermagem instituído na Consulta de Enfermagem de Primeira vez (1ª CE);
- Avaliar as necessidades sentidas pelo doente/família após 1º tratamento antineoplásico;
- Avaliar a **capacidade de autocuidado** do doente/família após 1º tratamento antineoplásico;
- Avaliar **necessidade de ensin**so consoante necessidades/sintomatologia reportada pelo doente/família.
- Avaliar os **ganhos em saúde e ganhos em conhecimento** da pessoa/família com doença oncológica sobre a sua situação de doença e as implicações do seu tratamento;

4. Circuito



5. Local

A CES pode realizar-se em sala própria ou poderá realizar-se com o doente já sentado no cadeirão, dependendo da avaliação da pessoa/família em questão pelo enfermeiro que irá adequar o local de realização da CES à disponibilidade emocional do doente/família. Independentemente do local da sua realização deverá ser sempre preservada a privacidade entre enfermeiro e família.

6. Na CES o enfermeiro deve:

- Complementar a avaliação inicial realizada na 1ª CE, adequando à nova situação vivenciada pelo doente/família;
- Deve aplicar a **Checklist da Consulta de Enfermagem Subsequente e desta forma,**
 1. Validar o **Acolhimento** realizado na 1ª Consulta de enfermagem;
 - Avaliar o conhecimento do doente sobre o seu tratamento, periodicidade, modo de administração e se

tem conhecimento das rotinas do serviço, membros da equipa multidisciplinar disponíveis (nutricionista, psicóloga);

2. Validar o Bem-Estar e o Autocuidado do doente/família:

- Avaliar se a informação disponibilizada na 1ª Consulta de Enfermagem foi útil ao doente/família para gerir a sua doença;
- Avaliar se o doente demonstra **Capacidade para o Autocuidado** após o 1º tratamento quanto a Manter uma boa Higiene Oral; Manter uma ingestão de Água e de Alimentos; Manter cuidados associados aos processos de Eliminação (urina e fezes); Manter Equilíbrio entre actividade e repouso (Sono); Manter Equilíbrio entre solidão e interação social; Prevenir riscos para a sua vida, funcionamento, bem-estar e o desejo de normalidade;

3. Validar **ganhos em conhecimento** para a **prevenção de complicações e a readaptação funcional do doente/família**:

- Avaliar se na 1ª Consulta de Enfermagem se abordou os principais efeitos secundários do seu tratamento e se o doente foi alertado para entrar em contacto com a equipa se sentir algum sintoma mencionado;
- Avaliar os **ganhos em saúde** do doente/família sobre actividades de Autocuidado para a prevenção de efeitos adversos do tratamento antineoplásico;
- Avaliar a readaptação funcional do doente em exercer o seu papel familiar, no seu local de trabalho e na sua comunidade (se aplicável) e se desenvolveu estratégias para levar a cabo as suas actividades de vida habituais;
- Avaliar se o doente é capaz de executar ações de autocuidado que previnam o agravamento da sintomatologia sentida, nomeadamente, sinais de infeção, vómitos, náuseas, diarreia, obstipação,

alteração do padrão do sono, alteração da pele/unhas/cabelo, alteração da sexualidade).

4. Avaliar sintomatologia sentida pelo doente após 1º tratamento antineoplásico;
5. Realizar ensinamentos dirigidos às necessidades reportadas pelo doente/família (para Manter uma boa Higiene Oral; Manter uma ingestão de Água e de Alimentos; Manter cuidados associados aos processos de Eliminação (urina e fezes); Manter Equilíbrio entre actividade e repouso (Sono); Manter Equilíbrio entre solidão e interação social; Prevenir riscos para a sua vida, funcionamento, bem-estar e o desejo de normalidade e para a prevenção/controlo de náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, infeção, alteração da imagem corporal, alteração do sono; alteração da sexualidade);
6. Avaliar a satisfação do doente sobre a CE.

7. Definições, abreviaturas e referências

a. Definições

Os **Enfermeiros** detêm a capacidade de identificar o impacto do cancro no bem-estar físico, psicológico, emocional, espiritual e social das pessoas e suas famílias, implementando intervenções de enfermagem baseadas na evidência, de forma a avaliar, prevenir e gerir as consequências que a doença oncológica acarreta no seu dia-a-dia, adaptado a sua ação à fase de doença em que se encontram e desenvolvendo um plano de cuidados individualizado (EONS, Cancer Nursing Education Framework, 2018; OEP, 2010).

A **Consulta de Enfermagem** é definida pelo Ministério da Saúde como uma “intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade para o autocuidado (Diário da República, Portaria n.º 19/2012, de 20 de Janeiro).

Segundo Petronilho (2012), o **Autocuidado** depreende um conceito complexo e multidimensional que tem evoluído ao longo do tempo e que está associado à independência e responsabilidade pessoal. Assim, o autocuidado

representa um referencial teórico para as intervenções educacionais, cognitivas e comportamentais implementadas na CE que têm como objetivo aumentar os conhecimentos e habilidades das pessoas face às necessidades decorrentes dos seus processos de saúde.

Nesta perspetiva, os indivíduos levam a cabo comportamentos de procura de saúde, em que o resultado de promoção da saúde e das intervenções para gerir a doença, visam melhorar os problemas de saúde física e psicossocial, assim como, a condição de saúde geral dos doentes (Petronilho, 2012).

No contexto da CSE aqui definida, o enfermeiro determina se existe alteração dos requisitos de autocuidado universais e se o doente/família detém competências para o autocuidado, levando à determinação da necessidade terapêutica daquele doente/família à mobilização de competências e ao planeamento da assistência nos sistemas de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Posto isto, para avaliar a capacidade de autocuidado, o enfermeiro avalia o conhecimento, a habilidade e a experiência que o doente/família reportam necessitar para a realização do autocuidado após início dos tratamentos antineoplásicos.

As **ações de autocuidado** são as práticas ou actividades que as pessoas iniciam ou realizam em benefício próprio com a finalidade de manter a vida, saúde ou qualidade de vida. Envolve a deliberação plena diante do que está a ser realizado é a tomada de consciência de algo que pressupõe a decisão da pessoa em querer realizar ações para se autocuidar (Tomey & Alligood, 2004).

Deste modo, o enfermeiro na CES monitoriza a presença de sintomatologia e de eventos adversos consequentes do tratamento e avalia a adequação/eficácia das ações de autocuidado realizadas para a sua resolução e/ou aumento da sua gravidade.

De modo geral, na CES o enfermeiro avalia se existe **Défice de Autocuidado**. Ou seja, avalia se as necessidades do doente são superiores à capacidade de autocuidar-se. Assim, perante a avaliação deste défice, o enfermeiro adequa a sua intervenção, no sentido de minimizar os seus efeitos (Orem, 2001), nomeadamente, realizando reforço de ensinios ao doente e/ou ao cuidador/família e marcação de uma 3ª CES, se assim se justificar, para validar as intervenções implementadas nesta CSE.

b. Abreviaturas

1ª CE- Primeira Consulta de Enfermagem;

3ª CE- Terceira Consulta de Enfermagem;

CE Final- Consulta de Enfermagem Final;

CES- Consulta de Enfermagem Subsequente;

c. Referencias Bibliográficas

- Araújo, C., & Menezes, R. A. (2015). Ensinar e aprender na consulta de enfermagem em braquiterapia ginecológica: perspectivas dos enfermeiro. *Rev enferm UERJ*, 1-6.
- Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes, The state of the science*. Toronto, Canada: Jones & Bartlett Learning.
- European Oncology Nursing Society (2018). *Cancer Nursing Education Framework* Portaria n.º 19/2012 (2012). Diário da República, I Série (Nº 19/2012 de 2012-01-20), 351 – 352. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/19/2012/01/20/p/dre/pt/html>
- Griffiths, P., Richardson, A., & Blackwell, R. (2009). *Nurse Sensitive Outcomes & Indicators in Ambulatory Chemotherapy*. Londres: Kings College London.
- Oliveira, D. (2008). Projecto dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Portugal. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, (pp. 36-41). Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Orem, D. (2001). *Nursing. Concepts of practice* (6ª ed.). Mosby: St. Louis
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado. Conceito central da Enfermagem*. Lisboa: Formasau.

- Taylor, Susan. (2004). *Teoria do déficit de autocuidado de enfermagem*. Lisboa: Lusociência

APÊNDICE XIX- Fórmulas dos Indicadores de Resultado
para a CE dia

APÊNDICE XIX- Fórmulas dos Indicadores de Resultado
para a CE do Hospital de Dia C

Foco Principal	Diagnósticos	Indicadores	Fórmula Numerador/Denominador	Periodicidade
Autocuidados: <ul style="list-style-type: none"> • Manter uma Higiene Corporal Adequada • Manter uma ingestão suficiente de Água e de Alimentos • Manter cuidados associados aos processos de Eliminação (urina e fezes) • Manter Equilíbrio entre actividade e repouso (Sono) • Manter Equilíbrio entre solidão e 	- Capacidade de Autocuidado	Modificação positiva no estágio do diagnóstico	$\frac{\text{Nº. de utentes capazes de Satisfazer Requisitos Universais pós início dos tratamentos antineoplásicos}}{\text{Nº total de utentes}} \times 100$	

<p>interação social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenir riscos para a minha vida, funcionamento, bem-estar e o desejo de me sentir normal 				
<ul style="list-style-type: none"> • Infeção 	<p>-Risco de Infeção</p> <p>-Infeção (Atual)</p> <p>-Conhecimento sobre ações de</p>	<p>Taxa de Efetividade na Prevenção</p> <p>Taxa de Prevalência</p> <p>Modificação Positiva do</p>	$\frac{\text{Nº total de utentes capacitados para lidar com infeção}}{\text{Nº. de utentes com risco/ sem risco de Infeção (TODOS)}} \times 100$ $\frac{\text{Nº. de utentes com Infeção}}{\text{Nº total de utentes}} \times 100$ $\frac{\text{Nº. de utentes com ganhos em conhecimento sobre Infeção}}{\text{Nº total de utentes sem ganhos em conhecimento sobre infeção}} \times 100$	

	autocuidado de Prevenção da Infecção	estádio do diagnóstico		
<ul style="list-style-type: none"> Náusea 	Risco de Náuseas Náuseas (Atual) Conhecimento sobre ações de autocuidado de Prevenção da Náusea	Taxa de Efetividade na Prevenção Taxa de Prevalência Modificação Positiva do estágio do diagnóstico	$\frac{\text{Nº total de utentes capacitados para lidar com Náusea}}{\text{Nº. de utentes com risco/sem, risco de Náusea (TODOS)}} \times 100$ $\frac{\text{Nº. de utentes com Náusea}}{\text{Nº total de utentes}} \times 100$ $\frac{\text{Nº. de utentes com ganhos em conhecimento sobre Náusea}}{\text{Nº total de utentes sem ganhos em conhecimento sobre Náusea}} \times 100$	
<ul style="list-style-type: none"> Vômito 	Risco de Vômitos Vômitos (Atual) Conhecimento sobre ações de autocuidado de Prevenção do Vômito	Taxa de Efetividade na Prevenção Taxa de Prevalência Modificação Positiva do estágio do diagnóstico	$\frac{\text{Nº total de utentes capacitados para lidar com Vômitos}}{\text{Nº. de utentes com risco/ sem risco de Vômitos}} \times 100$ $\frac{\text{Nº. de utentes com Vômitos}}{\text{Nº total de utentes}} \times 100$ $\frac{\text{Nº. de utentes com ganhos em conhecimento sobre Vômitos}}{\text{Nº total de utentes sem ganhos em conhecimento sobre Vômitos}} \times 100$	

<ul style="list-style-type: none"> Diarreia 	<p>Risco de Diarreia</p> <p>Diarreia (Atual)</p> <p>Conhecimento sobre ações de autocuidado de Prevenção da Diarreia</p>	<p>Taxa de Efetividade na Prevenção</p> <p>Taxa de Prevalência</p> <p>Modificação Positiva do estágio do diagnóstico</p>	$\frac{\text{Nº total de utentes capacitados para lidar com Diarreia}}{\text{Nº. de utentes com risco/ sem risco de Diarreia}} \times 100$ $\frac{\text{Nº. de utentes com Náusea}}{\text{Nº total de utentes}} \times 100$ $\frac{\text{Nº. de utentes com ganhos em conhecimento sobre Diarreia}}{\text{Nº total de utentes sem ganhos em conhecimento sobre Diarreia}} \times 100$	
<ul style="list-style-type: none"> Obstipação 	<p>Risco de Obstipação</p> <p>Obstipação (Atual)</p> <p>Conhecimento sobre ações de autocuidado de Prevenção da Obstipação</p>	<p>Taxa de Efetividade na Prevenção</p> <p>Taxa de Prevalência</p> <p>Modificação Positiva do estágio do diagnóstico</p>	$\frac{\text{Nº total de utentes capacitados para lidar com Obstipação}}{\text{Nº. de utentes com risco/ sem risco de Obstipação}} \times 100$ $\frac{\text{Nº. de utentes com Obstipação}}{\text{Nº total de utentes}} \times 100$ $\frac{\text{Nº. de utentes com ganhos em conhecimento sobre Obstipação}}{\text{Nº total de utentes sem ganhos em conhecimento sobre Obstipação}} \times 100$	

	Conhecimento sobre ações de autocuidado de Prevenção da Alteração do Padrão do Sono	<p>Taxa de Prevalência</p> <p>Modificação Positiva do estágio do diagnóstico</p>	$\frac{\text{Nº. de utentes com ganhos em conhecimento sobre Alteração do Padrão do Sono}}{\text{Nº total de utentes sem ganhos em conhecimento sobre Alteração do Padrão do Sono}} \times 100$	
<ul style="list-style-type: none"> Sexualidade 	<p>Risco de Alteração da Sexualidade</p> <p>Alteração da Sexualidade (Atual)</p> <p>Conhecimento sobre ações de autocuidado de Prevenção da Alteração da Sexualidade</p>	<p>Taxa de Efetividade na Prevenção</p> <p>Taxa de Prevalência</p> <p>Modificação Positiva do estágio do diagnóstico</p>	$\frac{\text{Nº total de utentes capacitados para lidar com Alteração da Sexualidade}}{\text{Nº. de utentes com risco/ sem risco Alteração da Sexualidade}} \times 100$ $\frac{\text{Nº. de utentes com Alteração da Sexualidade}}{\text{Nº total de utentes}} \times 100$ $\frac{\text{Nº. de utentes com ganhos em conhecimento sobre Alteração da Sexualidade}}{\text{Nº total de utentes sem ganhos em conhecimento sobre Alteração da Sexualidade}} \times 100$	

APÊNDICE XX- *Checklist* da CES

APÊNDICE XX

Checklist

Consulta de Enfermagem Subsequente

Identificação do Doente: Nome: _____ HCD: _____ Diagnóstico: _____ Ciclo Nº: _____		
Acolhimento (Aplicar apenas na 2ª CES)		
1. Tive uma Consulta de Enfermagem antes de iniciar Quimioterapia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Especificar: _____	
2. Foi-me explicado o tratamento que ia realizar	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Especificar: _____	
3. Foi-me explicado como era administrado o tratamento e como me ia sentir no imediato	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Especificar: _____	
4. Fui apresentado à equipa, ao espaço clínico e às rotinas da unidade	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Especificar: _____	
5. A informação da 1ª Consulta foi-me útil para gerir a minha doença	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Especificar: _____	

Promoção da Saúde, Bem- Estar e Autocuidado

<p>Após o tratamento fui capaz de:</p> <p>6.1 Manter uma Higiene Corporal Adequada</p>	<p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Especificar: _____</p>	<p>Adotou ações de Autocuidado mencionadas na CE anterior?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Especificar: _____</p>
<p>6.2 Manter uma ingestão suficiente de Água e de Alimentos</p>	<p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Especificar: _____</p>	<p>Adotou ações de Autocuidado mencionadas na CE anterior?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Especificar: _____</p>
<p>6.3 Manter uma Cuidados associados aos processos de Eliminação (Urina e Fezes)</p>	<p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Especificar: _____</p>	<p>Adotou ações de Autocuidado mencionadas na CE anterior?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Especificar: _____</p>
<p>6.4 Manter um equilíbrio entre Actividade e Repouso (Sono)</p>	<p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Especificar: _____</p>	<p>Adotou ações de Autocuidado mencionadas na CE anterior?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Especificar: _____</p>
<p>6.5 Manter um equilíbrio entre Solidão e Interação Social</p>	<p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Especificar: _____</p>	<p>Adotou ações de Autocuidado mencionadas na CE anterior?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Especificar: _____</p>
<p>6.6 Prevenir Riscos para a minha vida, funcionamento, bem-estar e o desejo de normalidade</p>	<p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Especificar: _____</p>	<p>Adotou ações de Autocuidado mencionadas na CE anterior?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Especificar: _____</p>

A prevenção de complicações e a readaptação funcional		
7. Fui alertado para os principais efeitos adversos do tratamento	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Especificar quais:	
8. Fui alertado para a necessidade de reportar sintomas num período adequado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Especificar sintoma que experienciou: _____ _____
	Especificar ações de autocuidado realizadas para o seu controlo e/ou prevenir a sua gravidade: Utilizou ações de autocuidado transmitidas pelo enfermeiro <input type="checkbox"/> Contactou Unidade/Enfermeiro Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Outras ações: _____	
9. Fui capaz de continuar a exercer o meu papel na minha família/comunidade/trabalho etc.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Especificar:	
10. Sei o que fazer se desenvolver: 10.1 Sinais de Infecção (Febre)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especificar: _____	Realizar Ensinos sobre Infecção (Sinais e Prevenção) <input type="checkbox"/> Reforçar Ensinos <input type="checkbox"/>
10.2 Náuseas e/ou Vómitos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especificar: _____	Realizar Ensinos sobre Náusea <input type="checkbox"/> Realizar Ensinos sobre Náusea Vómitos <input type="checkbox"/> Reforçar Ensinos <input type="checkbox"/>

10.3 Diarreia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especificar: _____	Realizar Ensinos sobre Diarreia <input type="checkbox"/> Reforçar Ensinos <input type="checkbox"/>
10.4 Obstipação	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especificar: _____	Realizar Ensinos sobre Obstipação <input type="checkbox"/> Reforçar Ensinos <input type="checkbox"/>
10.5 Alteração da Pele/unhas/cabelo	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especificar: _____	Realizar Ensinos sobre Alteração da Pele/unhas/cabelo <input type="checkbox"/> Reforçar Ensinos <input type="checkbox"/>
10.6 Alteração da Sensibilidade	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especificar: _____	Realizar Ensinos sobre Alteração da Sensibilidade <input type="checkbox"/> Reforçar Ensinos <input type="checkbox"/>
10.7 Alteração do Padrão do Sono	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especificar: _____	Realizar Ensinos sobre Padrão do Sono <input type="checkbox"/> Reforçar Ensinos <input type="checkbox"/>
10.8 Alteração da Sexualidade	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especificar: _____	Realizar Ensinos sobre Alteração da Sexualidade <input type="checkbox"/> Reforçar Ensinos <input type="checkbox"/>

Intervenção de Enfermagem Apoio-Educação

- Ensinos a avaliar na próxima CES (Escrever número do Ensino, por exemplo 10.1):

- CES marcada para: _____ (Marcar na Base de Doentes
a data)

APÊNDICE XXI- Efeitos Adversos mais frequentes de terapêutica
antineoplásica – Definição e Intervenções segundo a Evidência (Putting
Evidence in Practice – PEP)

APÊNDICE XXI- Efeitos Adversos mais frequentes de terapêutica antineoplásica – Definição e Intervenções segundo a Evidência (Putting Evidence in Practice – PEP)

DIARREIA
<p>Definição: Segundo a ONS (2017), a diarreia é definida pelo aumento anormal da liquidez e da frequência das fezes, que pode ser acompanhada por cólicas abdominais. Este sintoma induzido por tratamentos antineoplásicos pode ser observado em doentes com tumores carcinoides, tumores gastrointestinais e tumor neuroendócrinos. Do mesmo modo, pacientes submetidos a quimioterapia em alta dose concomitante com radioterapia pélvica ou abdominal, são mais suscetíveis ao desenvolvimento de diarreia. Utentes que recebem quimioterapia a incidência de desenvolverem diarreia varia entre 50% a 90%. Para a ONS (2017) a diarreia constitui uma toxicidade limitante para algumas terapêuticas antineoplásicas, ou seja, se não controlado, podem impedir a continuação da sua administração.</p> <p>Este tópico foi atualizado em 27 de fevereiro de 2017 pela ONS.</p>
<p>Sinal de alarme: Segundo o instrumento de triagem telefónica 24 horas da UKONS, o sinal de alarme para este sintoma é definido com o aumento de 2-3 dejeções após o dia do tratamento de QT.</p>
<p>Potencial para melhorar conhecimento sobre diarreia? Demonstra/Não Demonstra</p>
<p>Avaliar conhecimento sobre diarreia <i>(Para que o conhecimento seja considerado demonstrado, o doente deve saber as informações seguintes. A falta de conhecimento de uma delas implica o diagnóstico de CONHECIMENTO NÃO DEMONSTRADO)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sabe definir diarreia? • Sabe que a diarreia é devido ao tratamento que recebeu? (conhecimentos sobre o processo patológico) • Sabe que pode levar a complicações sérias? (Complicações do processo patológico: desidratação, adiamento do próximo ciclo) • Sabe atuar no caso de diarreia?
<p>Intervenções Putting Evidence in Practice (PEP), ONS:</p>

<p>1. É provável que seja eficaz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de Medicação (Loperamida e Octreótido). <p>2. <i>“Benefits Balanced with Harm”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de Medicação (Amifostina e Neomicina). <p>3. Eficácia Não Estabelecida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de Medicação (Budesonide, Beta-Glucagom, Argila de alumino silicato de cálcio); • Carvão; • Glutamina; • Levofloxacina e colestiramina; • Alcalinização Oral; • Educação ao paciente; • Probióticos; • Octreótido profilático; • Gelado.
<p><u>Intervenções sugeridas face ao diagnóstico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aconselhar sobre padrão de eliminação intestinal adequado; ✓ Ensinar sobre complicações; ✓ Ensinar sobre dieta; ✓ Ensinar sobre doença, ✓ Ensinar sobre ingestão de líquidos; ✓ Ensinar sobre eliminação intestinal; ✓ Ensinar sobre toma de Medicação; ✓ Direcionar Utente para o Hospital.

Obstipação
<p>Definição: A constipação é definida pela ONS (2017) como a passagem diminuída das fezes e caracterizada por movimentos intestinais pouco frequentes, fezes duras, sensação de inchaço ou cólicas abdominais, esforço com os movimentos intestinais e sensação de evacuação incompleta. A constipação pode ser um sintoma da própria doença oncológica devido à pressão que pode parcial ou totalmente obstruir o intestino. A constipação também pode ocorrer devido a problemas de imobilidade ou desidratação como resultado dos tratamentos antineoplásicos que afetam diretamente o trânsito intestinal, a sua inervação ou a inervação do trato gastrointestinal e, também, como resultado de medicamentos. Frequentemente os doentes do foro oncológico tomam opióides que também induz obstipação. A incidência de constipação entre pacientes com cancro ainda não foi bem definida. No entanto, na população de cuidados paliativos, foi relatada uma prevalência de</p>

40% a 64% e o sintoma pode chegar a 70% a 100% entre os doentes oncológicos hospitalizados.

Este tópico foi atualizado em 27 de fevereiro de 2017 pela ONS.

Sinal de Alarme: Segundo o instrumento de triagem telefónica 24 horas da UKONS, o sinal de alarme para este sintoma é definido como a inexistência de trânsito intestinal durante 48 horas após tratamento.

Potencial para melhorar conhecimento sobre Obstipação?

Demonstra/Não Demonstra

Avaliar conhecimento sobre Obstipação (*Para que o conhecimento seja considerado demonstrado, o doente deve saber as informações seguintes. A falta de conhecimento de uma delas implica o diagnóstico de CONHECIMENTO NÃO DEMONSTRADO*)

- Sabe definir obstipação?
- Sabe que a obstipação é devido ao tratamento que recebeu? (conhecimentos sobre o processo patológico)
- Sabe que pode levar a complicações sérias? (Complicações do processo patológico: obstrução intestinal, do abdominal, adiamento do próximo ciclo)
- Sabe atuar no caso de obstipação?
- Sabe que deve alterar hábitos alimentares se desenvolver obstipação? Demonstra/Não demonstra/não aplicável;
- Sabe que deve manter Actividade Física para prevenir/diminuir a gravidade da obstipação: Demonstra/Não demonstra/não aplicável;

Intervenções: *Putting Evidence in Practice* (PEP), ONS:

1. Recomendado para a Prática:
 - Uso de Medicação: Metilnaltrexona, Oxycodona/Naloxona, Fentanyl Transdérmico.
2. É provável que seja eficaz:
 - Uso de medicação: Alvimopan, Amidotrizoato, Polietileno de Glicol (PEG);
 - Laxantes profiláticos para pacientes em uso de opióides;
 - Senna e Docusate.
3. Eficácia Não Estabelecida:
 - Fermento de Padeiro, Probióticos, Bisacodilo, Colchicina, Fibra alimentar, Fitoterapia, Lactulose, Massagem / Massagem Aromaterapia, Naloxona, Comutação de opióides, Prucaloprida, Picossulfato de sódio, Sorbitol e Batata-doce.

Intervenções sugeridas:

- ✓ Ensinar sobre complicações;
- ✓ Ensinar sobre dieta;
- ✓ Ensinar sobre doença,
- ✓ Ensinar sobre ingestão de líquidos;
- ✓ Ensinar sobre eliminação intestinal;
- ✓ Ensinar sobre toma de Medicação;
- ✓ Direcionar Utente para o Hospital.

Fadiga

Definição: Segundo a ONS (2017), a fadiga relacionada com o cancro foi definida como uma sensação angustiante, persistente e subjetiva de cansaço ou exaustão que não é proporcional à atividade realizada pelo doente e interfere na sua função usual. É um dos problemas mais comuns em pacientes oncológicos, podendo estar relacionado com a própria doença ou com o tratamento do cancro e pode continuar além da conclusão do tratamento entre os sobreviventes a longo prazo.

Entre as pessoas com cancro, 80% a 100% relatam sentir fadiga. Pode ser um problema isolado ou decorrer de um conjunto de sintomas, como a dor, depressão, dispneia, anemia, anorexia e distúrbios do padrão do sono.

Relativamente à imunoterapia, doentes submetidos a esta terapia, devido à componente multifatorial da fadiga, embora sejam um sintoma relacionado com a administração de quimioterapia, pode ser possível encontrar doentes com este sintoma. No entanto, com imunoterapias, a fadiga pode ser um sintoma presente de um distúrbio endócrino secundário à imunoterapia, como distúrbios da tireoide ou da hipófise, e não apenas fadiga geral relacionada com o cancro.

Sinal de alarme: Segundo o instrumento de triagem telefónica 24 horas da UKONS, o sinal de alarme para este sintoma é definido como fadiga moderada que interfere na realização normal das actividades de vida do doente.

Potencial para melhorar conhecimento sobre diarreia? Demonstra/Não Demonstra

Avaliar conhecimento sobre fadiga *(Para que o conhecimento seja considerado demonstrado, o doente deve saber as informações seguintes. A*

falta de conhecimento de uma delas implica o diagnóstico de CONHECIMENTO NÃO DEMONSTRADO)

- Sabe definir fadiga?
- Sabe que a fadiga é devido ao tratamento que recebeu? (conhecimentos sobre o processo patológico)
- Sabe que pode levar a complicações sérias?
- Sabe atuar no caso de diarreia?

Intervenções *Putting Evidence in Practice* (PEP), ONS:

4. Recomendado para a Prática:
 - Exercício.
5. É provável que seja eficaz:
 - Intervenções comportamentais cognitivas / abordagem para o sono;
 - Conservação de Energia e Gestão de Atividades de Vida Diárias;
 - Ginseng;
 - Tratamento de sintomas simultâneos (dor, dispneia);
 - Massagem / Massagem Aromaterapia;
 - Intervenção Reabilitativa Multi-componente;
 - Ioga;
 - Corticosteroides sistêmicos;
 - Fatores Estimulantes da Eritropoiese (ESA).
6. Eficácia não estabelecida:
 - Acupressão, Acupuntura / Electro acupuntura, Estimulação acústica, Terapia Assistida por Animais, Fabricação De Arte / Arte manual como terapia/ Terapia Corpo-Mente-Espírito / Qigong, Garra de Gato (*Uncaria tomentosa*, *Uncaria guianensis*), Coenzima Q 10 (CoQ10), Estimulação craniana, Dança, Dexanfetamina, Donepezil, Redação Expressiva / Divulgação Emocional / Diário, Guaraná (*Paullinia cupana*), Fitoterapia, Hipnose / Hipnoterapia, Terapia da Luz / Terapia da Luz Visível, Meditação, Melatonina, Metilfenidato, Entrevista motivacional, Extrato de soja MS 20, Suplementos multivitamínicos, Música / Musicoterapia, Intervenção no ambiente natural, Ômega 3 (ácido eicosapentaenóico e outros), Intervenções nutricionais orais, Paroxetina, Relaxamento muscular progressivo (PMR), Relaxamento muscular progressivo e imagens guiadas, Psicoterapia, Reflexologia, Reiki, Terapia de relaxamento, Geleia real, Sertralina, Nutrição Parenteral Suplementar, Tai Chi, Terapia Anti-Citocina Direcionada, Substituição de testosterona, Talidomida, Valeriana, Venlafaxina, Vitamina C.
7. Eficácia improvável
Modafinil / Armodafinil.

Intervenções sugeridas:

- ✓ Aconselhar sobre padrão de exercícios;
- ✓ Ensinar sobre toma de Medicação;
- ✓ Direcionar Utente para o Hospital.

Náuseas e Vômitos

Definição: Segundo a ONS (2017), as náuseas e os vômitos induzidos pela quimioterapia são um dos efeitos colaterais mais temidos e graves do tratamento do cancro. Esta sintomatologia pode ser classificada como antecipatória (uma resposta condicionada, devido a episódios de náuseas e vômitos anteriores, que pode ser acionado quando exposto a alguns estímulos), aguda (ocorrendo dentro de 24 horas após a administração da quimioterapia), atrasada (ocorrendo após 24 horas e durando até 7 dias), tardia (ocorrendo apesar dos medicamentos profiláticos) e refratário (ocorrendo devido a uma falha dos medicamentos profiláticos e inovadores no controle dos sintomas). Os regimes de quimioterapia podem ser classificados como tendo alto, moderado, baixo ou risco mínimo de emetogenicidade. A incidência e o momento das náuseas e dos vômitos variam de acordo com fatores do próprio doente e dos protocolos da quimioterapia.

A incidência foi relatada até 70% a 80% dos pacientes. A incidência de náusea tende a ser maior que a do vômito real, preconizando-se que os medicamentos antieméticos sejam eficazes de modo a prevenir os vômitos.

Sinal de alarme: Segundo o instrumento de triagem telefónica 24 horas da UKONS, o sinal de alarme para o FOCO náusea é quando o doente é capaz de ingerir alimentos e de se hidratar, mas com uma diminuição da quantidade significativa. Para o FOCO Vômitos, o sinal de alarme é definido como 2 a 5 vômitos em 24 horas.

Potencial para melhorar conhecimento sobre diarreia? Demonstra/Não Demonstra

Avaliar conhecimento sobre Náuseas e Vômitos *(Para que o conhecimento seja considerado demonstrado, o doente deve saber as informações seguintes. A falta de conhecimento de uma delas implica o diagnóstico de CONHECIMENTO NÃO DEMONSTRADO)*

- Sabe definir Náuseas e Vômitos?

- Sabe que as Náuseas e Vômitos são devido ao tratamento que recebeu? (conhecimentos sobre o processo patológico)
- Sabe que pode levar a complicações sérias?
- Sabe atuar no caso Náuseas e Vômitos?

Intervenções *Putting Evidence in Practice* (PEP), ONS:

1. Recomendado para a Prática:
 - Aderência à terapêutica antiemética prescrita para o protocolo de QT;
 - Cannabis/Canabinoides;
 - Dexametasona, Netupitant (Palonosetron), Neurokinin-1 Recetor Antagonista (NK1), Olanzapina, Recetor Antagonista da Serotonina (5HT3), Granisetron, Granisetron Transdérnico.
2. É provável que seja eficaz:
 - Benzodiazepina para as náuseas e vômitos antecipatórios;
 - Gabapentina;
 - Hipnose para as náuseas e vômitos antecipatórios;
 - Gestão das Expectativas dos Doentes;
 - Olanzapina;
 - Relaxamento muscular progressivo e imagens guiadas.
3. Eficácia Não Estabelecida:
 - Acupressão, Acupuntura / Eletro-acupuntura, Aromaterapia, Ativan, Bendryl e Haldol Gel (ABH Gel), Carbamazepina, *Chamomilla recutita*, Exercício, Gengibre, Haloperidol, Fitoterapia, Metoclopramida (Profilática), Mirtazapina, Ondansetron como medicamento de resgate, Proclorperazina para náuseas e vômitos de avanço, Yoga.
4. Eficácia Improvável
 - Coccule
5. Opinião dos Peritos: Uso de Lorazepam

Intervenções sugeridas:

- ✓ Ensinar sobre complicações;
- ✓ Ensinar sobre dieta;
- ✓ Ensinar sobre doença,
- ✓ Ensinar sobre ingestão de líquidos;
- ✓ Ensinar sobre toma de Medicação;
- ✓ Direcionar Utente para o Hospital.

Neuropatia Periférica (Alteração da Sensibilidade)

Definição: Segundo a ONS (2019), a Neuropatia periférica refere-se à disfunção neurológica que ocorre fora do cérebro e da medula espinhal. Pacientes com cancro têm o risco de desenvolver neuropatia periférica causada pela doença, pelo tratamento ou ambos.

Os tumores sólidos podem causar sintomas neuropáticos e dor ao pressionar os nervos locais. Os agentes antineoplásicos que podem causar neuropatia

periférica incluem os taxanos, alcaloides de vinca e os análogos da platina. Entre os doentes tratados com este tipo de protocolos, 10% a 100% desenvolverão a sintomatologia.

De acordo com a pesquisa, a neuropatia periférica pode causar dor e outros sintomas sensoriais, além de preocupações com a segurança do paciente devido a alterações na destreza, problemas de marcha e equilíbrio, fraqueza e perda de algumas habilidades motoras.

Este tópico foi atualizado em 22 de outubro de 2019 pela ONS.

Sinal de alarme: Segundo o instrumento de triagem telefónica 24 horas da UKONS, o sinal de alarme para este sintoma é definido como Perda sensorial leve ou moderada, parestesia moderada, fraqueza leve sem perda de função com ou sem dor nas costas.

Potencial para melhorar conhecimento sobre diarreia? Demonstra/Não Demonstra

Avaliar conhecimento sobre neuropatia periférica (*Para que o conhecimento seja considerado demonstrado, o doente deve saber as informações seguintes. A falta de conhecimento de uma delas implica o diagnóstico de CONHECIMENTO NÃO DEMONSTRADO*)

- Sabe definir neuropatia periférica?
- Sabe que a neuropatia periférica é devido ao tratamento que recebeu? (conhecimentos sobre o processo patológico)
- Sabe que pode levar a complicações sérias?
- Sabe atuar no caso de neuropatia periférica?

Intervenções *Putting Evidence in Practice* (PEP), ONS:

1. É provável que seja eficaz:
 - Duloxetina;
 - Gabapentina e combinação de opióides.
2. Eficácia não estabelecida: Acupuntura e Metilcobalamina, Amifostina, Amitriptilina, Vitaminas B, Veneno de abelha, Infusão de Cálcio e Magnésio, Bloqueadores de canais de cálcio, Cannabis / Cannabinoides, Carbamazepina, Crioterapia, Estimulação cutânea, Dexametasona, Exercício, Opióides de liberação prolongada e sustentada, Banho de pé, Gabapentina em monoterapia, Glutamina, Glutathione, Goshajinkigan, Terapia a laser de baixo nível, Massagem / Massagem Aromaterapia, Nortriptilina, Ômega 3 (ácido eicosapentaenóico e outros), Palmitoiletanolamida, Pregabalina, Reflexologia, Treino de força e equilíbrio, Formulações tópicas de cetamina, Mentol tópico, Venlafaxina.
3. Eficácia improvável:

- Lamotrigina;
 - Minociclina.
4. Não recomendado para prática:
- Carnitina / L-Carnitina;
 - Fator Inibitório da Leucemia Humana.

Intervenções sugeridas:

- ✓ Ensinar sobre complicações;
- ✓ Ensinar sobre Comportamentos de Risco;
- ✓ Ensinar sobre Comportamentos de Prevenção;
- ✓ Ensinar sobre toma de Medicação;
- ✓ Direcionar Utente para o Hospital.

Febre/Calafrios (Prevenção de Infecção)

Definição: Segundo a ONS (2019), o tratamento das doenças oncológicas com quimioterapia, radioterapia, cirurgia e imunoterapia coloca os doentes em risco de desenvolver infecção. O sistema imunitário comprometido, devido a estas terapias de tratamento, pode afetar a sua morbilidade e mortalidade.

A prevenção da infecção em pacientes com cancro concentra-se assim em intervenções para prevenir a infecção devido a episódios de neutropenia ou outra deficiência imunológica relacionada com a malignidade própria da doença ou do seu tratamento. O risco de infecção está associado ao grau e duração da neutropenia. Pode-se esperar que mais de 50% dos pacientes com neutropenia desenvolvam algum tipo de infecção. As evidências incluídas aqui estão focadas na prevenção de intervenções, e não no tratamento de infecção ou da neutropenia febril.

Os pacientes que recebem regimes antineoplásicos para tumores sólidos apresentam menor risco de desenvolverem neutropenias, e, portanto, infecções febris, comparativamente com doentes do foro hematológico, ou submetidos a transplante de medula óssea. Deste modo, as intervenções nesses dois grupos de doentes, para a prevenção da infecção, podem diferir substancialmente em termos de nível de eficácia. Assim, os recursos de PEP e a categorização das evidências encontradas foram agrupadas para um grupo de doentes oncológicos em geral e noutro grupo onde se incluíram doentes submetidos a quimioterapia em altas doses ou submetidos a transplante de medula óssea ou qualquer tipo de transplante de células-tronco.

<p>Eventos adversos relacionados à imunidade com imunoterapia</p> <p>Relativamente a terapêuticas de imunoterapia, o tratamento de eventos adversos imunes graves pode exigir a imunossupressão significativa com altas doses de corticoides ou outros agentes imunossupressores.</p> <p>Os enfermeiros devem estar cientes do aumento do potencial de infecção por causa da imunossupressão, monitorar os doentes em busca de sinais de infecção e reconhecer o potencial de infecções oportunistas.</p> <p>A educação do paciente e sua família deve focar na necessidade de prevenir, monitorizar e relatar qualquer sinal de infecção de forma precoce (Kyi, Hellmann, Wolchok, Chapman e Postow, 2014 in ONS, 2019).</p>
<p>Sinal de alarme: Segundo o instrumento de triagem telefónica 24 horas da UKONS, o sinal de alarme para este sintoma é definido quando o doente se apresenta clinicamente estável, mas com sinais de infecção. Do mesmo modo, para o FOCO febre, o mesmo instrumento define que se a temperatura for de 37,5 ° C ou acima ou abaixo de 36 ° C ou se o doente se apresentar clinicamente instável e foi submetido a terapêutica antineoplásicas nas últimas 6 semanas, deve entrar em contacto com a sua Unidade Oncológica para avaliação URGENTE - Risco de sepsis neutropénica.</p> <p>Ainda, é dado o ALERTA: utente que cumprem corticoides, analgesia ou que se encontrem desidratados podem não apresentar pirexia, mas ainda, podem ter uma infecção.</p>
<p>Potencial para melhorar conhecimento sobre Febre/Calafrios?</p> <p>Demonstra/Não Demonstra</p>
<p>Avaliar conhecimento sobre Febre/Calafrios <i>(Para que o conhecimento seja considerado demonstrado, o doente deve saber as informações seguintes. A falta de conhecimento de uma delas implica o diagnóstico de CONHECIMENTO NÃO DEMONSTRADO)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sabe definir Febre e Calafrios? • Sabe a relação entre a Febre/Calafrios e o tratamento que recebeu? (conhecimentos sobre o processo patológico) • Sabe que pode levar a complicações sérias? (Complicações do processo patológico: neutropenia febril, adiamento do próximo ciclo) • Sabe atuar no caso de Febre/Calafrios?
<p>Intervenções <i>Putting Evidence in Practice</i> (PEP), ONS:</p> <p>1. Recomendado para a Prática:</p>

- Adesão às Recomendações Gerais de Controle de Infecção da Unidade;
- Profilaxia com antibióticos em pacientes com risco identificado;
- Profilaxia antifúngica em pacientes de risco;
- Profilaxia antiviral para pacientes com risco identificado;
- Pacote de Cuidados com Cateteres para Prevenção de Infecção (Incluindo linhas centrais)
- Preparação da pele com clorexidina antes de qualquer manuseamento;
- Fatores estimuladores de colônias granulocitárias (G-CSF) incluindo biossimilares para pacientes em risco;
- Precauções de contato para organismos resistentes
- Intervenções ambientais- higiene do domicílio por exemplo;
- Higiene das mãos com desinfetante alcoólico;
- Vacinação contra influenza;
- Vacinação pneumocócica e meningocócica.

2. É provável que seja eficaz:

- Lavagem Abdominal Antibiótica em Cirurgia Colorretal;
- Cateteres CVC com revestimento antimicrobiano em adultos;
- Toalhas Impregnadas com Clorexidina - Banho de Clorexidina;
- Iniciativas institucionais
- Antibióticos pré-operatórios.

3. *“Benefits Balanced with Harm”*:

- Imunoglobulina intravenosa (IGIV)

4. Eficácia não estabelecida:

- Acupuntura / Eletro-acupuntura, Suturas revestidas com antibióticos, Soluções de bloqueio de cateter antimicrobiano, Desinfecção de cateteres IV, Alho, Mel, Sistema IV sem agulha, Ômega 3 (ácido eicosapentaenóico e outros), Pacote de Cuidados Pré-Operatórios, Probióticos, Isolamento protetor, Penso Impregnado em Prata.

5. Eficácia improvável:

Fatores estimuladores de colônias granulocitárias por via intravenosa em vez de subcutânea; Trocas frequentes de tubos e componentes IV, Restrição de frutas e vegetais frescos.

6. Não recomendado para prática:

Antibióticos pós-operatórios prolongados, Esponja de gentamicina implantável, Uso de vacinas atenuadas vivas.

Intervenções sugeridas face ao diagnóstico:

- ✓ Ensinar sobre complicações;
- ✓ Ensinar sobre doença;
- ✓ Ensinar sobre comportamentos de Risco;
- ✓ Ensinar sobre comportamentos de Prevenção de Infecções;
- ✓ Ensinar sobre toma de Medicação;
- ✓ Direcionar Utente para o Hospital.

Reações Cutâneas

Definição: Segundo a ONS (2017), existem vários tipos diferentes de reações cutâneas que afetam a pele, cabelos e unhas durante o tratamento de doenças oncológicas.

Os recursos do ONS PEP concentram-se nos efeitos mais frequentes incluindo: erupções cutâneas, eritrodisestesia palmar-plantar (EPI) (síndrome mão-pé), xerose, paroníquia, fotossensibilidade e prurido. A alopecia não foi incluída neste PEP.

As reações cutâneas relacionadas com os tratamentos antineoplásicos podem ter um efeito negativo significativo no funcionamento físico, bem-estar e qualidade de vida dos doentes e exige, em graus severos, a descontinuação dos tratamentos.

A incidência de reações cutâneas varia de acordo com os protocolos utilizados, mas demonstrou aumentar nos tratamentos com terapias direcionadas. No geral, a incidência foi relatada da seguinte forma: erupção cutânea (até 100% dos pacientes que recebem terapias direcionadas), EPI (19% -82%, dependendo do agente utilizado), xerose (3% -55%), prurido (8 % –52 %) e paroníquia (12% a 16% dos pacientes que recebem inibidores do recetor do fator de crescimento epidérmico [EGFR]).

Esses efeitos podem ser episódicos, estabilizar e depois diminuir, ou resolver espontaneamente. A sensibilidade à luz solar, as telangiectasias e a hiperpigmentação podem ser efeitos colaterais de longo prazo ou mesmo permanentes.

Relativamente à imunoterapia, a toxicidade cutânea é um dos eventos adversos mais comuns relacionados com a imunidade e foi relatada em quase metade dos pacientes tratados com ipilimumab. A erupção cutânea e o prurido são os sintomas mais comuns, e a grande maioria é de grau 1 – 2; no entanto, formas muito graves, incluindo síndrome de Stevens-Johnson / necrólise epidérmica tóxica, ocorreram em casos raros. Qualquer erupção cutânea que mostre sinais de formação de bolhas ou não resolva imediatamente com cremes à base de corticosteroides deve ser avaliada imediatamente (Ishida et al., 2013; Linardou & Gogas, 2016 in ONS 2017).

Sinal de alarme: Segundo o instrumento de triagem telefônica 24 horas da UKONS, o sinal de alarme para reações cutâneas é definido como *Petichiae / Petechial* ou a presença de uma erupção macular ou papular ou eritema com prurido ou outros sintomas associados. Erupções vesiculares podem indicar varicela localizada.

Relativamente ao Síndrome palmar – plantar, é definido como sinal de alarme dormências, formigueiros, eritemas indolores e inchaço, vermelhão das extremidades das mãos e pés.

Potencial para melhorar conhecimento sobre alterações cutâneas?
Demonstra/Não Demonstra

Avaliar conhecimento sobre alterações cutâneas (*Para que o conhecimento seja considerado demonstrado, o doente deve saber as informações seguintes. A falta de conhecimento de uma delas implica o diagnóstico de CONHECIMENTO NÃO DEMONSTRADO*)

- Sabe definir alterações cutâneas?
- Sabe a relação entre as alterações cutâneas e o tratamento que recebeu? (conhecimentos sobre o processo patológico)
- Sabe que pode levar a complicações sérias?
- Sabe atuar no caso de desenvolver alterações cutâneas?

Intervenções *Putting Evidence in Practice* (PEP), ONS:

1. Recomendado para a Prática:
 - Antibióticos - Sistêmicos para Profilaxia;
 - Interrupção ou modificação da dose;
 - Hidratante à base de ureia para toxicidade induzida por inibidor de quinase;
2. Eficácia não estabelecida
 - Antibióticos - Sistêmicos para Tratamento, Antibióticos – Tópicos, Peróxido de benzoílo, Loção de aveia coloidal, Corticosteróides sistêmicos, Corticosteróides tópicos, Inibidores da COX-2, Emolientes e Hidratantes, Pomada de heparina, Pensos hidrocolóides e hidrogéis, Aspirina de baixa dos, Agentes tópicos à base de petróleo, Permanganato de potássio e creme sulfossalicílico Fator de crescimento epidérmico recombinante (RhEGF), Tratamento tópico à base de uréia, Vitamina K, Creme de óxido de zinco e silicato de magnésio.
3. Não recomendado para prática:
 - Piridoxina
4. Opinião de peritos:
 - Antipruriginosos para prurido relacionado com imunoterapia;
 - Corticoides sistêmicos para toxicidade cutânea relacionada com a imunoterapia moderada a grave;

- Corticoide tópico para prurido.

Intervenções sugeridas face ao diagnóstico:

- ✓ Ensinar sobre complicações;
- ✓ Ensinar sobre doença;
- ✓ Ensinar sobre comportamentos de Risco;
- ✓ Ensinar sobre comportamentos para Prevenção da Alteração Cutânea;
- ✓ Ensinar sobre toma de Medicação;
- ✓ Direcionar Utente para o Hospital.

Distúrbios da Vigília e do Sono

Definição: Segundo a ONS (2017), os distúrbios da vigília e do sono são mudanças reais ou percebidas durante o sono noturno, com consequente comprometimento diurno. Há vários fatores demográficos, estilo de vida, ambiente, doença e tratamento que podem aumentar o risco de problemas de sono em pacientes com doença oncológica, incluindo sintomas como dor, náusea, ansiedade, depressão e ondas de calor. Distúrbios do sono-vigília foram relatados em 30% a 75% das pessoas com cancro.

Sinal de alarme: Alteração do Sono não se encontra incluído no instrumento de triagem telefónica 24 horas da UKONS. Contudo devido ao impacto que tem durante o período diurno, podemos utilizar como sinal de alarme a alteração da *performance status* em que o doente permanece Sintomático, quando permanece <50% na cama durante o dia.

Potencial para melhorar conhecimento sobre alterações da vigília e do sono? Demonstra/Não Demonstra

Avaliar conhecimento sobre alterações da vigília e do sono (*Para que o conhecimento seja considerado demonstrado, o doente deve saber as informações seguintes. A falta de conhecimento de uma delas implica o diagnóstico de CONHECIMENTO NÃO DEMONSTRADO*)

- Sabe definir alterações da vigília e do sono?
- Sabe a relação entre as alterações da vigília e do sono e o tratamento que recebeu? (conhecimentos sobre o processo patológico)
- Sabe que pode levar a complicações sérias?
- Sabe atuar no caso de desenvolver alterações da vigília e do sono?

Intervenções *Putting Evidence in Practice* (PEP), ONS:

1. Recomendado para a Prática:

<ul style="list-style-type: none"> Intervenções / abordagem cognitivo-comportamental <ol style="list-style-type: none"> É provável que seja eficaz Exercício Redução do stresse baseado na atenção plena <ol style="list-style-type: none"> Eficácia não estabelecida Acupressão, Acupuntura / Eletroacupuntura, Aromaterapia, Terapia Corpo-Mente-Espírito / Qigong, Bryophyllum pinnatum, Garra de Gato (Uncaria tomentosa, Uncaria guianensis), Redação Expressiva / Divulgação Emocional / Diário, Ginseng, Guaraná (Paullinia cupana), Kefir, Massagem / Massagem Aromaterapia, Meditação, Melatonina, Mirtazapina, Intervenção Reabilitativa Multicomponente, Opióides - Intervenções para tratamento da dor, Paroxetina, Pregabalina, Relaxamento muscular progressivo (PMR), Relaxamento muscular progressivo e imagens guiadas, Psicoeducação / Intervenções Psicoeducacionais, Quetiapina, Relaxamento e imagens visuais, Terapia de relaxamento, Grupo de suporte, Trazodona, Valeriana, Venlafaxina, Ioga, Zolpidem.
<p><u>Intervenções sugeridas face ao diagnóstico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ensinar sobre complicações; ✓ Ensinar sobre comportamentos de Prevenção e de Controlo de Distúrbio do Sono; ✓ Ensinar sobre toma de Medicação; ✓ Direcionar Utente para o Hospital.

Mucosite
Definição: Segundo a ONS
Sinal de alarme:
Potencial para melhorar conhecimento sobre Mucosite? Demonstra/Não Demonstra
<p>Avaliar conhecimento sobre Mucosite <i>(Para que o conhecimento seja considerado demonstrado, o doente deve saber as informações seguintes. A falta de conhecimento de uma delas implica o diagnóstico de CONHECIMENTO NÃO DEMONSTRADO)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Sabe definir mucosite? Sabe a relação entre a mucosite e o tratamento que recebeu? (conhecimentos sobre o processo patológico) Sabe que pode levar a complicações sérias? Sabe atuar no caso de desenvolver mucosite?
<p>Intervenções <i>Putting Evidence in Practice</i> (PEP), ONS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Recomendado para a prática:

- Crioterapia;
- Laser de baixa intensidade;
- Protocolo de Cuidado Oral com Bicarbonato de Sódio.
- 2. É provável que seja eficaz:
- Palifermina e Benzidamina para pacientes sob quimioterapia, radiação para cancro da cabeça e pescoço, quimioterapia de alta dose e / ou transplante de células hematopoiéticas.
- 3. Eficácia não estabelecida:
- Colutório de Alopurinol, Amifostina, ATL-104, Beta-glucano, Betanecol, *Calendula Officinalis*, Camélia e Extrato de Trigo, *Chamomilla recutita*, Corticosteróides tópicos, Inibidores da COX-2, Eritropoietina, Ácido folínico, Glutamina, Fitoterapia, Mel, Umidificação, Ácido hialurónico / hialuronato de sódio, Fototerapia por infravermelho, Maleato de Irsogladine, Alcaçuz, Terapia da Luz / Terapia da Luz Visível, Laser de baixa intensidade, Manuka e Kanuka, Lavagem Oral de Misoprostol, Elixir com Morfina, Ômega 3 (ácido eicosapentaenóico e outros), Pentoxifilina, Pilocarpina, Gel de plaquetas, Polaprezinc, Povidona de Iodo, Probióticos, Cuidado Oral Profissional, Clorexidina Profilática, Fatores Estimulantes de Colónias Profiláticas: GCSF - GMCSF (Sistémico), Própolis (Cola de Abelha), Picnogenol, Fator de crescimento epidérmico recombinante (RhEGF), Repifermin, Geleia real, Salina, Estimulação Salivar, Elixir Samital®, Selénio, Acetónido de triamcinolona, Elixir Triclosan, Açafrão, Vitamina E, Suplementos de zinco / zinco
- 5. Eficácia improvável:
 - Elixir com Fosfato de Cálcio / Caphosol, Doxycycline Mouthwash, Mistura de enzimas proteolíticas.
- 6. Não recomendado para prática:
 - Elixir "mágico" (Colutório bucal com medicamentos mistos);
 - Clorexidina (Não Profilática);
 - Sucralfato.

Intervenções sugeridas face ao diagnóstico:

- ✓ Aconselhar sobre padrão alimentar adequado;
- ✓ Aconselhar sobre padrão de higiene oral adequado;
- ✓ Ensinar sobre complicações;
- ✓ Ensinar sobre a doença;
- ✓ Ensinar sobre comportamentos de Prevenção da Mucosite;
- ✓ Ensinar sobre toma de Medicação;
- ✓ Direcionar Utente para o Hospital.

APÊNDICE XXII- Guia de Boas Práticas para a utilização da *Checklist* e
Fórmulas dos Indicadores de Resultado para a CE do Hospital de Dia C

APÊNDICE XXII- Guia de Boas Práticas para a utilização da Checklist e

Fórmulas dos Indicadores de Resultado para a CE do Hospital de Dia C

A CES possibilita que o enfermeiro avalie se existe **Défice de Autocuidado**. Ou seja, avalia se as necessidades do doente são superiores à capacidade de autocuidado. Perante a avaliação deste défice, o enfermeiro adequa a sua intervenção, no sentido de minimizar os seus efeitos (Orem, 2001), nomeadamente, realizando ensinamentos ou o seu reforço, levando conseqüentemente, à marcação de uma 3ª CES, se assim se justificar, para validar as intervenções implementadas nesta CES e assim sequentemente até se garantir que o doente se encontra Capacitado para o seu Autocuidado.

No mesmo sentido, em discussão com a enfermeira chefe do Hospital de dia C definiu-se que, a busca de indicadores sensíveis à prática de enfermagem em contexto de CE, deveriam funcionar como alavanca para a melhoria contínua dos cuidados de saúde daquela unidade.

Deste modo, em termos gerais, os indicadores de resultado devem medir fenómenos importantes ser cientificamente sólidos, fornecer informações úteis e serem fáceis de analisar (Ramos, Fonseca & Santos, 2016, p.12). Na mesma perspetiva, devem ser mensuráveis, devem ser obtidos a um custo relativamente baixo e não devem impor à equipa clínica encargos adicionais (Griffiths *et al.*, 2009, p.5).

Uma variação significativa no indicador deve ser atribuída à intervenção de enfermagem no sentido de que o fenómeno é reconhecido como importante, que existe uma contribuição reconhecida da enfermagem para o indicador, que existem evidências para apoiar a sensibilidade à prática de enfermagem e que os enfermeiros devem deter a responsabilidade total (em termos de autoridade legítima, auto percepção e esfera de prática). Ainda, a variação no resultado atribuível à intervenção de enfermagem deve ser substancial ou a ligação entre o processo de enfermagem e o resultado deve ser robusto (Griffiths *et al.*, 2009, p.6; OE, 2012).

Segundo o Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde de 2007 (RMDE,

2007, p.2), os indicadores de enfermagem podem ser divididos em três níveis que correspondem aos indicadores das componentes da avaliação da qualidade propostas por Donabedian (1980) – estrutura, processo e resultado. Para o trabalho aqui desenvolvido ficou decidido que me iria focar em indicadores de resultado, embora tendo as várias actividades deste estágio proporcionado também colher indicadores de estrutura e de processo (auditorias ao próprio projeto e o Guia de Boas Práticas para a CES, por exemplo).

Desta forma, considera-se como um tipo de indicador de resultado, sensíveis aos cuidados de enfermagem, a taxa de efetividade na prevenção de complicações. Este tipo de indicador baseia-se nas relações entre as entidades – diagnóstico potencial (risco) e diagnóstico real- e consiste na relação entre o número total de casos com o risco documentado de um determinado problema (náusea após QT por exemplo) - que acabaram por não desenvolver a complicação e tiveram, pelo menos uma, intervenção de enfermagem implementada, nomeadamente os ensinios realizados na 1ª CE- e o total dos casos que tiveram previamente o risco deste mesmo problema, ou seja, todos os doentes submetidos a tratamentos antineoplásicos com potencial emético, num determinado período de tempo (RMDE, 2007, p.3).

No mesmo tipo de indicador de resultado, é incluído as modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem. Para tal ficou definido que na 1ª CE é levantado o diagnóstico de CONHECIMENTO NÃO DEMONSTRADO e após a CES, quando é validado que o doente demonstra conhecimento sobre os vários indicadores presentes na *Checklist*, este *status* muda para CONHECIMENTO DEMONSTRADO.

A taxa de ganhos possíveis ou ganhos esperados de efetividade (ganhos em saúde), configuram outro subtipo de indicador de resultado e resulta da comparação entre aquilo que é esperado conseguir-se, em função do julgamento profissional acerca do estado, potencial e recursos do utente, família ou grupo, e aquilo que é efetivamente conseguido (RMDE, 2007, p.4). Desta forma, consiste na relação entre o número total de casos em que o resultado esperado de um determinado fenómeno, com intervenções de enfermagem implementadas, foi realmente conseguido e o total dos utentes que apresentaram este fenómeno, num certo período de tempo (RMDE, 2007, p.4).

Deste modo, ao aplicar a *Checklist* da Consulta de Enfermagem Subsequente é possível:

1. Validar o Acolhimento realizado na 1ª Consulta de enfermagem (Apenas aplicável na 1ª CES);
2. Validar o Bem-Estar e o Autocuidado do doente/família;
3. Avaliar se o doente demonstra Capacidade para o Autocuidado após o 1º tratamento;
4. Avaliar sintomatologia sentida pelo doente após 1º tratamento antineoplásico;
5. Validar ganhos em conhecimento na deteção precoce, prevenção de complicações e na readaptação funcional do doente/família, utilizando as diretivas elaboradas nos Bilhetes de Identidade (APÊNDICE XXIII);
6. Avaliar a Promoção da Saúde na obtenção de ganhos em saúde do doente/família em adaptar Actividades de Autocuidado na recuperação e manutenção da saúde e bem-estar, assim como, na prevenção de efeitos adversos do tratamento antineoplásico e na adaptação aos processos de transição saúde/doença;
7. Avaliar a Readaptação Funcional do doente em exercer o seu papel familiar, no seu local de trabalho e na sua comunidade (se aplicável) e se desenvolveu estratégias para levar a cabo as suas actividades de vida habituais, envolvendo processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde e gestão da doença aguda ou crónica;
8. Realizar ensinamentos dirigidos às necessidades reportadas pelo doente/família.

APÊNDICE XXIII- CES realizadas no estágio C – *Checklist* utilizadas

APÊNDICE XXIII- CES realizadas no estágio C – *Checklist* utilizadas

Ganhos em Conhecimento

Doente	HC D	Foi alertado para reportar sinal/sintoma num período adequado?	Febre/Calafrios (sinais de infeção)	Náuseas /Vómitos	Diarreia	Obstipação	Alteração da Pele/mucosa/unhas/cabelo	Alteração da Sensibilidade	Alteração do Padrão do Sono	Alteração da Sexualidade
A	XX	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Intervenções de Enfermagem					Realizar Ensinos sobre Diarreia	Reforço de Ensinos	Reforço de Ensinos sobre Alteração da Mucosa			
B	XX	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Intervenções de Enfermagem				Realizar Ensinos sobre Náusea	Realizar Ensinos sobre Diarreia		Realizar Ensinos sobre Alteração da Mucosa			
C	XX		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não
Intervenções de Enfermagem			Reforço de Ensinos	Reforço de Ensinos	Reforço de Ensinos		Reforço de Ensinos sobre Alteração da Pele	Realizar Ensinos sobre Alteração da		Realizar Ensinos sobre Alteração da

								Sensibilidade		Sexualidade
D	XX	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim
Intervenções de Enfermagem					Reforço de Ensinos	Reforço de Ensinos	Realizar Ensinos sobre Alteração da Pele	Realizar Ensinos sobre Alteração da Sensibilidade		
E	XX	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Intervenções de Enfermagem			Realizar Ensinos sobre Infecção		Realizar Ensinos sobre Diarreia					
F	XX	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Intervenções de Enfermagem			Realizar Ensinos sobre Infecção	Realizar Ensinos sobre Náusea	Realizar Ensinos sobre Diarreia	Reforço de Ensinos				
H	XX	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Intervenções de Enfermagem						Reforço de Ensinos	Realizar Ensinos sobre Alteração da Mucosa			
I	XX		Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Intervenções de Enfermagem				Reforço de Ensinos				Realizar Ensinos sobre Alteração	Reforço de Ensinos	

								da Sensibilid ade		
J	XX		Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Intervenções de Enfermag em				Realizar Ensinos sobre Náusea	Realizar Ensinos sobre Diarreia		Realizar Ensinos sobre Alteração da Mucosa			
K	XX		Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não Aplicável
Intervenções de Enfermag em			Realizar Ensinos sobre Infecção	Realizar Ensinos sobre Vômitos	Reforço de Ensinos				Realizar Ensinos sobre Alteração do Padrão do Sono	

Ganhos em Saúde

[illegible]

D	X X	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Náuseas/ Vômitos		Sim	Não
E	X X	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Náuseas/ Vômitos	Toma de Medica ção antiem ética	Não	Sim
F	X X	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	-			
G	X X	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Febre	Vinda ao Hospit al	Não Aplicá vel	Sim
H	X X	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Náuseas/ Vômitos	Ensino s sobre Toma de Medica ção antiem ética	Sim	Sim
J	X X	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Alteração da Mucosa	Uso de colutóri o	Sim	Sim

											adjuva nte		
K	X X	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Diarreia	Ensino sobre uso de Medica ção antidiar reica	Sim	Sim

Capacitação para o Autocuidado

Doente:	HCD:	Utente Capaz de Manter Higiene corporal Adequada?	Utente Capaz de Manter Ingestão de água/alimentos?	Utente Capaz de Manter Processos de Eliminação adequados?	Utente Capaz de Manter Equilíbrio Actividade e Repouso?	Utente Capaz de Manter Equilíbrio Solidão/Interação Social?	Utente Prevenir Riscos/ Manter Funcionamento/Bem-Estar?
A	XX	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
B	XX	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
C	XX	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
D	XX	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
E	XX	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
F	XX	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
G	XX	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
H	XX	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim

J	XX	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
K	XX	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim

APÊNDICE XXIV- Apresentação da Sessão de Formação realizada à equipa de enfermagem do Hospital de Dia C

APÊNDICE XVII- Apresentação da Sessão de Formação realizada à equipa de enfermagem do Hospital de Dia C

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
10º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Médico-Cirúrgica Oncologia

**Capacitação para o autocuidado da pessoa
submetida a terapia antineoplásica na Consulta de
Enfermagem**

Consulta de Enfermagem (CE)

- Na CE, o enfermeiro exerce completa autonomia para desenvolver estratégias de cuidado abrangentes para a promoção da saúde do cliente, da família ou da comunidade, cumprindo a sua principal função como educador em saúde, tanto na prevenção, como na identificação e tratamento de complicações e efeitos colaterais, nomeadamente, os efeitos secundários que advêm da administração de agentes antineoplásicos (Paz, Sherida, Queiroz, Paula, & de Melo Matos, 2012).

Objectivos Gerais- Hospital de Santa Maria – Hospital de dia Hematológico

- Adquirir e Desenvolver competências, técnicas científicas e relacionais para a realização da Consulta de Enfermagem (CE) à Pessoa proposta/submetida a Tratamentos Antineoplásicos (TA).

Intervenções de Enfermagem

	Intervenções de Enfermagem
Acolhimento (1ª CE)	<ul style="list-style-type: none">✓ Identificação segura do Doente- entrega da pulseira;✓ Identificação do contacto de referência;✓ Validação de Alergias existentes;✓ Direitos do Doente Oncológico;✓ Avaliação dos Riscos- Uso das escalas MUST, ECOG, PS, termómetro do distress
Tratamento (1ª CE)	<ul style="list-style-type: none">✓ Explicação do tratamento, duração, periodicidade e nº de ciclos preconizados;✓ Efeitos expectáveis

**Controlo de Eventos Adversos
(2ª e 3ª CE)**

- ✓ Alteração da Temperatura corporal;
- ✓ Sinais de hemorragia;
- ✓ Alteração cutânea;
- ✓ Alteração respiratória;
- ✓ Alteração neurológica;
- ✓ Alteração da eliminação;

**Segurança Alimentar
(2ª e 3ª CE)**

- ✓ Higienização das mãos;
- ✓ Higienização dos alimentos; alimentos a evitar;
- ✓ Controlo adequado da temperatura de conservação, preparação e confeção (cozedura completa dos alimentos);
- ✓ Higienização e desinfeção dos equipamentos;
- ✓ Tratamento de Resíduos.

**Riscos do Ambiente
(2ª e 3ª CE)**

- ✓ Cuidados na Higienização das mãos;
- ✓ Restrições do convívio;
- ✓ Estratégias de Adequação aos locais públicos;
- ✓ Higienização da Habitação;
- ✓ Evitar contacto com dejectos de animais;
- ✓ Ajuste ao contacto com animais de estimação;
- ✓ Estratégias de adequação do ambiente externo;
- ✓ Importância da adesão a práticas de saúde preventivas.

Objectivos Gerais- Hospital São Francisco de Xavier- Hospital de dia

- Adquirir e Desenvolver competências, técnicas científicas e relacionais para a avaliação da Consulta de Enfermagem (CE) à Pessoa proposta/submetida a tratamentos antineoplásicos.

EM GERAL, QUAL É O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO FACE À CONSULTA DE ENFERMAGEM?

INSATISFEITO



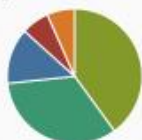
SATISFEITO



MUITO SATISFEITO



- Apliquei 19 questionários orais e Observei 7 CE:



■ Ca Colon ■ CA Mama ■ LNH
■ Ca Pâncreas ■ Ca Prostata



■ Mulheres ■ Masculino

Questionários Orais

QUAL A SUA OPINIÃO EM RELAÇÃO À CONSULTA DE ENFERMAGEM QUE TEVE ANTES DE INICIAR A QUIMIOTERAPIA?

“ACHAVA QUE IA SER PICADO...”; “GOSTEI MUITO, A ENFERMEIRA FOI MUITO SIMPÁTICA”; “FOI MUITO IMPORTANTE”; “FOI IMPORTANTE E MUITO ESCLARECEDORA”

COMO SE SENTIU NA CONSULTA?

“O DIAGNOSTICO FOI DIFÍCIL...TIVE MUITO RECEIO DE ENTRAR NA CONSULTA..”; “SENTI-ME MUITO CONFIANTE E PREPARADA PARA O QUE VINHA DEPOIS DA CONSULTA”; “SAI DA CONSULTA COM CONFIANÇA NA EQUIPA E QUE IA CONSEGUIR LIDAR COM ESTA DOENÇA”

Questionários Orais

QUE TÓPICOS FORAM ABORDADOS? QUE ESTRATÉGIAS LHE FORAM TRANSMITIDAS PARA SE AUTOCUIDAR EM CASA?

“FALARAM-ME DO QUE PODIA COMER E O QUE NÃO PODIA COMER”; “A ENFERMEIRA DISSE-ME QUE NÃO PODIA TER FERIDAS NEM CORTES”; “ DISSERAM-ME PARA LAVAR A FRUTA E DESCASCAR TODOS OS CRUS”; “NÃO SEI BEM DO QUE FALAMOS.”; “NÃO ME LEMBRO BEM...”; FALAMOS DE COMO PREVENIR OS EFEITOS DO TRATAMENTO”

QUE ESTRATÉGIAS UTILIZOU EM CASA?

“ CUIDADOS COM A PELE E A BOCA”; “TENHO COLOCADO MUITO CREME HIDRATANTE”; “DEIXEI DE COMER QUASE TUDO E SÓ DEPOIS É QUE ENTENDI QUE AFINAL SÓ TINHA QUE LAVAR TUDO MUITO BEM”; “FUI COMPRAR OS COMPRIMIDOS QUE A ENFERMEIRA ME DISSE PARA COMPRAR PARA AS NÁUSEAS E A DIARREIA”

Objectivos Gerais- Hospital CUF Descobertas - Hospital de dia Hemato-Oncológico

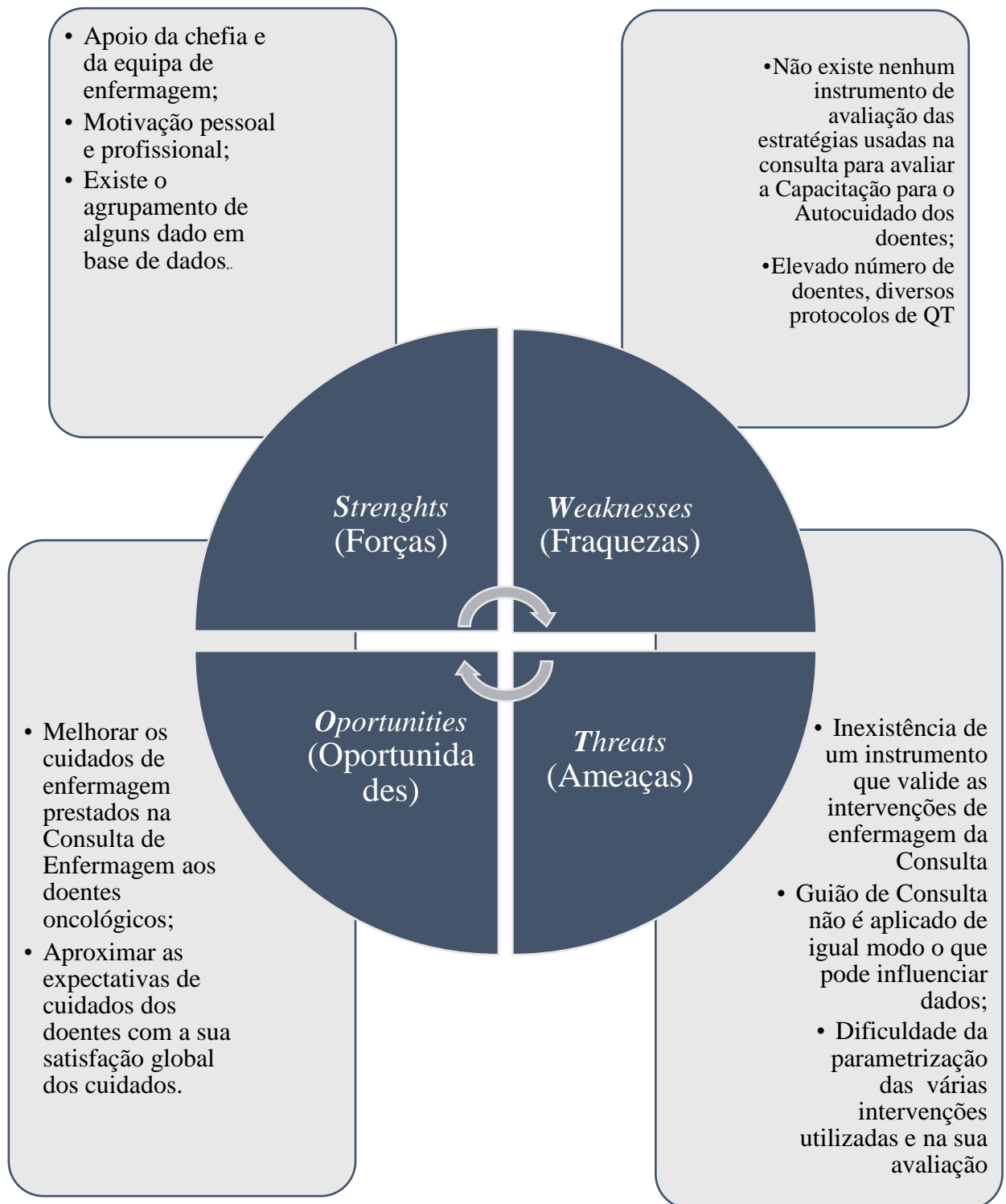
- Implementar a Consulta de Enfermagem Subsequente (CES) e Promover a melhoria da qualidade dos cuidados ao doente/família proposto para QT;
- Obter indicadores de resultado da prática de enfermagem.

Objectivos específicos	Actividades e Métodos	Resultados Esperados/Indicadores de Resultado
- <u>REALIZAR SESSÃO DE FORMAÇÃO SOBRE O PROJECTO À EQUIPA MULTIDISCIPLINAR</u>	<u>3A. REALIZAÇÃO DE UMA SESSÃO DE FORMAÇÃO SOBRE O PROJECTO:</u>	- <u>FREQUÊNCIA DE >50% DA EQUIPA DE ENFERMAGEM</u> - <u>AVALIÇÃO POSITIVA DA SESSÃO DE FORMAÇÃO</u>
- <u>DESCREVER AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO, IDENTIFICADAS ATRAVÉS DAS ACTIVIDADES REALIZADAS EM TODOS OS OUTROS LOCAIS DE ESTÁGIOS</u>	<u>3B. ELABORAÇÃO DE UM GUIA DE BOAS PRÁTICAS PARA A CES A REALIZAR A DOENTES/FAMÍLIAS SUBMETIDAS A QT</u>	- <u>GUIA DE BOAS PRÁTICAS DA CES COM AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO A DOENTES/FAMÍLIAS SUBMETIDAS AS QT</u>

Objectivos específicos	Actividades e Métodos	Resultados Esperados/Indicadores de Resultado
<u>PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM A DOENTES E FAMÍLIAS SUBMETIDAS A QT</u>	<u>3E REALIZAÇÃO DE 10 CES A DOENTES/FAMÍLIAS SUBMETIDAS AO 1º CICLO DE QT;</u> <u>3F. ANÁLISE E DESCRIÇÃO DOS DADOS OBTIDOS</u>	<u>- GUIA ORIENTADOR COM AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM A UTILIZAR NA CES</u> <u>- DOCUMENTO COM A ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS: OBTENÇÃO DE INDICADORES DE RESULTADOS</u>

APÊNDICE XXV - Análise SWOT

APÊNDICE XXV- Análise SWOT



ANEXOS

ANEXO I- *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)*

Common Terminology Criteria for Adverse Events v4.0 (CTCAE)

Publish Date: May 28, 2009

Quick Reference

The NCI Common Terminology Criteria for Adverse Events is a descriptive terminology which can be utilized for Adverse Event (AE) reporting. A grading (severity) scale is provided for each AE term.

Components and Organization

SOC

System Organ Class, the highest level of the MedDRA hierarchy, is identified by anatomical or physiological system, etiology, or purpose (e.g., SOC Investigations for laboratory test results). CTCAE terms are grouped by MedDRA Primary SOCs. Within each SOC, AEs are listed and accompanied by descriptions of severity (Grade).

CTCAE Terms

An Adverse Event (AE) is any unfavorable and unintended sign (including an abnormal laboratory finding), symptom, or disease temporally associated with the use of a medical treatment or procedure that may or may not be considered related to the medical treatment or procedure. An AE is a term that is a unique representation of a specific event used for medical documentation and scientific analyses. Each CTCAE v4.0 term is a MedDRA LLT (Lowest Level Term).

Definitions

A brief definition is provided to clarify the meaning of each AE term.

Grades

Grade refers to the severity of the AE. The CTCAE displays Grades 1 through 5 with unique clinical descriptions of severity for each AE based on this general guideline:

Grade 1 Mild; asymptomatic or mild symptoms; clinical or diagnostic observations only; intervention not indicated.

Grade 2 Moderate; minimal, local or noninvasive intervention indicated; limiting age-appropriate instrumental ADL*.

Grade 3 Severe or medically significant but not immediately life-threatening; hospitalization or prolongation of hospitalization indicated; disabling; limiting self care ADL**.

Grade 4 Life-threatening consequences; urgent intervention indicated.

Grade 5 Death related to AE.

A Semi-colon indicates 'or' within the description of the grade.

A single dash (-) indicates a grade is not available.

Not all Grades are appropriate for all AEs. Therefore, some AEs are listed with fewer than five options for Grade selection.

Grade 5

Grade 5 (Death) is not appropriate for some AEs and therefore is not an option.

Activities of Daily Living (ADL)

*Instrumental ADL refer to preparing meals, shopping for groceries or clothes, using the telephone, managing money, etc.

**Self care ADL refer to bathing, dressing and undressing, feeding self, using the toilet, taking medications, and not bedridden.

† CTCAE v4.0 incorporates certain elements of the MedDRA terminology. For further details on MedDRA refer to the MedDRA MISO Web site (<http://www.meddramisso.com>).

ANEXO II- *Oncology/Haematology 24 Hour Triage Rapid Assessment & Access
Toolkit da Oncology Nursing Society (ONS)*



Helpline number

Helpline numbers will differ across the country - contact your oncology or acute oncology service to identify your local number before adding here.

Add your helpline numbers here...

ONCOLOGY/HAEMATOLOGY RISK ASSESSMENT TOOL FOR PRIMARY HEALTH CARE PROFESSIONALS



↓	↑	If your patient scores RED or AMBER for any toxicity you should contact the 24 Hour Helpline immediately for a full triage assessment.				
Infection - abnormal temperature see fever toxicity Patients who are receiving chemotherapy or at risk of immunosuppression that have any signs/symptoms of infection should be referred to the helpline for assessment.		None	Generally well with signs of infection	Generally unwell with signs/symptoms of infection	Severe symptomatic infection	Life threatening sepsis Arrange URGENT A&E attendance for medical assessment
Nausea How many days? What is the patients oral intake? Is the patient taking antiemetics as prescribed? Assess patients urinary output		None	Able to eat/drink reasonable intake Advice - Review prescribed anti emetics	Can eat/drink but intake significantly decreased	No significant intake	
Neurological symptoms (sensory and/or motor) When did the problem start? Is it continuous? Is it getting worse? Is it affecting mobility/function? Any constipation or urinary incontinence? Does the patient have back pain? Consider spinal cord compression		None	Any of the following signs or symptoms - Mild paraesthesia, subjective weakness with no objective findings, back pain	Mild or moderate sensory loss, moderate paraesthesia, mild weakness with no loss of function with or without back pain	Severe sensory loss, paraesthesia or weakness that interferes with function with or without back pain	Paralysis
Oral/stomatitis How many days? Is there evidence of mouth ulcers? Is there evidence of infection? Are they able to eat/drink? Assess patients urinary output		None	Painless ulcers, erythema, mild soreness, able to eat/drink Advice - Use mouthwash as recommended	Painful erythema, oedema or ulcers but can eat/drink	Painful erythema difficulty with eating and drinking	Mucosal necrosis and/or requires parenteral or enteral support
Pain Is it a new problem? Where is it? How long have you had it? Have you taken any analgesia? Consider thrombosis? Any swelling/redness? Back pain - Consider spinal cord compression		None	Mild pain Not interfering with function Advice analgesia review	Has pain Pain or analgesia is interfering with function, but not activities of daily living.	Severe pain Pain or analgesia is interfering with activities of daily living	Severe pain disabling
Red hands and/or feet (palmar - plantar syndrome) This may be a side effect of certain chemotherapy treatments and requires specific action to be taken		None	Numbness, tingling, painless erythema and swelling	Painful erythema and swelling	Moist desquamation ulceration, blistering and severe pain	
Performance status Has there been a recent change in performance status/activities of daily living?		Asymptomatic	Symptomatic but completely ambulant	Symptomatic, <50% in bed during the day	Symptomatic, <50% in bed, but not bed bound	Bed bound
Rash Is it localised or generalised? How long has it been there? Any signs of infection? Is it itchy? FOR HAEMATOLOGY PATIENTS CONTACT HAEMATOLOGY TEAM.		None	Petechiae/Petechial Macular or papular eruption or erythema with pruritus or other associated symptoms. Vesicular rashes may indicate localised varicella		Symptomatic, generally unwell	
Vomiting How many days/episodes? What is the patients oral intake? Does the patient have constipation or diarrhoea? (see specific toxicity) Assess patients urinary output		None	1 episode in 24 hours Advice - Review antiemetics and ensure patient is taking as prescribed	2-5 episodes in 24 hours	6-10 episodes in 24 hours	10 episodes in 24 hours

INSTRUCTIONS FOR USE

The UKONS 24 Hour Triage Tool is a widely utilised and recognised tool that is used to perform a risk assessment for patients who have:

- Received systemic anti-cancer therapy including chemotherapy in the previous 6-8 weeks
- Recently received radiotherapy
- Disease related immunosuppression

It is a simple, reliable evidence-based process that grades the toxicities according to the significance of presenting symptoms and advises action accordingly.

It is important that the effects of treatment are not underestimated and that the significance of lower level amber toxicities are recognised.

Risk assessment process

There are a number of questions to ask and information that will need to be collected to make sure that the correct advice is given.

Step 1.

The user moves methodically down the triage assessment tool, asking appropriate questions, e.g. do you have any nausea? If NO move on.

If YES use the questions provided to help you grade the problem and note either amber or red and initiate action according to step 2.

Step 2.

Red and/or **Amber**:

If your patient scores **Red** or **Amber** for any toxicity you should contact the 24 Hour Helpline immediately for a full triage assessment unless URGENT referral to A&E is advised.

Patients may require urgent assessment in a suitable clinical area that provides access to investigation and treatment facilities.

The helpline team will arrange assessment and/or further monitoring for the patient.

Green:

If your patient scores green in all toxicities they should be reassured that the problem at present does not give cause for concern but they should be vigilant and if the situation gets worse or does not improve they should call the Helpline immediately.

Step 3.

A record of the assessment and advice given should be made in the patients' medical record.

ONCOLOGY/HAEMATOLOGY RISK ASSESSMENT TOOL FOR PRIMARY HEALTH CARE PROFESSIONALS



↓	TOXICITY	↓	If your patient scores RED or AMBER for any toxicity you should contact the 24 Hour Helpline immediately for a full triage assessment.			
	Fever and/or generally unwell and received systemic anti-cancer therapy (chemotherapy oral or I.V.) within the last 6 weeks or disease related immunosuppression		If temperature is 37.5 C or above or below 36°C or generally unwell - Contact telephone helpline for URGENT Assessment - Risk of neutropenic sepsis ALERT - Patients on steroids/analgesics or dehydrated may not present with pyrexia but may still have infection (if in doubt phone for advice)			
	Anorexia What was their weight before? What is their appetite like? Any contributory factors e.g. dehydration, diarrhoea, vomiting, mucositis, and nausea? - link to specific toxicity	None	Loss of appetite without alteration in eating habits	Oral intake altered without significant weight loss or malnutrition	Oral intake altered in association with significant weight loss/malnutrition	Life threatening complications e.g collapse
	Bleeding Is it a new problem? Is it continuous? What amount? Where from? Is the patient on anticoagulants?	None	Mild, self limited controlled by conservative measures	Uncontrollable haemorrhage - Arrange URGENT A&E attendance for medical assessment		
	Bruising Is it a new problem? Is it local/generalised? Is there any trauma involved?	None	Petechia/bruising, localised	Moderate petechia/purpura Generalised bruising	Generalised petechia/purpura Generalised bruising	
	Chest pain Onset? What makes it worse? Radiation? Any cardiac history?	None	Arrange URGENT A&E attendance for medical assessment A number of chemotherapy drugs are cardio toxic urgent assessment is essential.			
	Constipation How long since bowels opened? What is normal? Does the patient have any abdominal pain/vomiting? Has the patient taken any medication? Consider obstruction and/or perforation	None	Mild - no bowel movement in last 24 hours Advice - Dietary advice, increase fluid intake, review supportive medication	Moderate - no bowel movement in last 48 hours	Severe - no bowel movement in last 72 hours. Consider bowel obstruction and/or perforation.	Life threatening sepsis Consider bowel obstruction and/or perforation.
	Diarrhoea Consider infection! How many days has this occurred for? How many times in a 24 hour period? Does the patient have any abdominal pain/discomfort? For how long? Has the patient taken any medication? See specific toxicity for pain if applicable N.B If taking CAPECITABINE (Xeloda) chemotherapy please ask patient to discontinue treatment until they have had helpline review.	None	Increase to 2-3 bowel movements a day or over pre-treatment movements	Increase to 4-6 episodes a day or nocturnal movement/moderate cramping	Increase to 7-9 episodes a day or incontinence Severe cramping	Increase to > 10 episodes a day or grossly bloody diarrhoea or need for parenteral support
	Dyspnoea/shortness of breath Is it a new symptom? Is dyspnoea worsening? Is there any chest pain? - link to specific toxicity What can the patient do? (alteration in Performance status) Consider SVC/anaemia/pulmonary embolism	None	No new symptoms	Dyspnoea on exertion	Dyspnoea at normal level of activity	Dyspnoea at rest or requiring ventilatory support
	Extravasation - drug leakage around infusion site or along infusion pathway Has the patient got pain, soreness or ulceration around or along the infusion pathway/injection site/central venous catheter?	Intravenous therapy Certain chemotherapy drugs can cause long term severe tissue damage if extravasation (leakage) occurs. Chemotherapy extravasation requires urgent specialist review and management.				
	Fatigue How many days has this occurred for? Any other associated symptoms?	None	Increased fatigue but not altering normal activities Advice - Rest accompanied with intermittent mild activity	Moderate or causing difficulty performing some activities	Severe loss of ability to perform some activities	Bedridden or disabling
	Fever Patients who are at risk of immunosuppression who have an abnormal temperature should be referred to the helpline for assessment	Normal	n/a	> 37.5°C - 38°C	> 38°C - 40°C	> 40°C